

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA NY “H” DENGAN
POST KURETASE ABORTUS INFEKSIOSA
DI RSUD SYEKH YUSUF GOWA
18- 22 JUNI 2012**



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

KARYA TULIS ILMIAH

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar

**Ahli Madya Kebidanan Jurusan Kebidanan
pada Fakultas Ilmu Kesehatan**

Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar

OLEH :

INSYIRAH KAUSARI

70400009014

**PRODI KEBIDANAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI ALAUDDIN MAKASSAR
TAHUN 2011/2012**

PERNYATAAN KEASLIAN KTI

Dengan penuh kesadaran, penyusun yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa KTI ini benar adalah hasil karya penyusun sendiri, jika kemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikasi, tiruan, plagiat, atau dibuatkan oleh orang lain sebagian atau seluruhnya, maka KTI dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.



Gowa, Agustus 2012
Penulis

Insyirah Kausari
Nim: 70400009014

HALAMAN PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Insyirah Kausari

Nim : 70400009014

Judul KTI : Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ny “H” dengan Post
Kuretase Abortus Infeksiosa di RSUD Syekh Yusuf Gowa 18-
22 Juni 2012

Karya Tulis Ilmiah telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing untuk
diajukan dalam ujian Karya Tulis Ilmiah Program D III Kebidanan Fakultas Ilmu
Kesehatan Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar yang dilaksanakan
pada bulan Agustus 2012



Gowa, Agustus 2012
Pembimbing

dr. Nadyah., M. Kes
Nip. 19790417 2008 01 2018

HALAMAN PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini dengan judul “**Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ny.“H” dengan Post Kuretase Abortus Infeksiosa di RSUD Syekh Yusuf Gowa 18-22 Juni 2012**” yang disusun oleh **Insyirah Kausari, NIM: 70400009014**, mahasiswi Prodi Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan, telah diuji dan dipertahankan dalam ujian Karya Tulis Ilmiah yang diselenggarakan pada hari tanggal 27 Agustus 2012, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (dengan beberapa perbaikan).

Gowa, 18 September 2011 M
30 Syawal 1433 H

DEWAN PENGUJI :

Ketua : Dr.dr.H.Rasjidin Abdullah, MPH., MH.Kes. (.....)
Sekretaris : Dra. Hj. Faridha Yenny Nonci, Apt, M.Si. (.....)
Pembimbing : dr. Nadyah., M. Kes (.....)
Penguji I : dr. Raully Rahmadani., S. Ked (.....)
Penguji II : Burhanuddin, Lc. M. Th. I (.....)

Mengetahui :

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar

Dr. dr. H. Rasjidin Abdullah, MPH., MH. Kes

NIP.19530119 198110 1 001

KATA PENGANTAR



Puji syukur saya panjatkan ke hadirat Allah Swt atas Rahmat dan Karunia-Nya sehingga saya dapat menyelesaikan penelitian dan penulisan karya tulis ilmiah ini sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan D III Kebidanan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar dengan judul Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ny “H” dengan Post Kuretase Abortus Infeksiosa di RSUD Syekh Yusuf Gowa 18- 22 Juni 2012.

Sebagai insan sosial yang senantiasa membutuhkan orang lain, maka dalam penulisan karya tulis ini melibatkan berbagai pihak yang tulus ikhlas meluangkan waktu dan tenaganya dalam menyumbangkan buah pikiran, motivasi serta petunjuk.

Pada kesempatan ini, penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan secara tulus dan ikhlas kepada:

1. Teristimewa, teriring do’a dan kasih sayang tiada henti atas segala pengorbanan kepada ayahanda Andi Amran dan ibunda Saniah S.Pd atas kesabaran dan perjuangannya dalam mendidik, merawat sejak lahir dan do’a yang senantiasa dipanjatkan dan yang tak henti-hentinya memberikan dukungan materi moril dan buah pikiran
2. Bapak Prof. DR. Qadir Gassing, M.Ag, selaku rektor UIN Alauddin Makassar yang telah memberikan kebijakan-kebijakan demi membangun

UIN Alauddin Makassar agar lebih berkualitas sehingga dapat bersaing dengan perguruan tinggi lainnya.

3. Bapak Dr. dr. Rasyidin Abdullah, MPH., M.Kes, selaku dekan Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar beserta Pembantu Dekan I, Pembantu Dekan II, Pembantu Dekan III dan seluruh staf administrasi yang telah memberikan berbagai fasilitas kepada kami selama masa pendidikan.
4. Ibu Sitti Saleha, S.Si.T, SKM. M.Keb, Selaku ketua prodi jurusan kebidanan Universitas Islam Negeri Makassar.
5. Ibu dr. Nadyah., M.Kes, Pembimbing yang senantiasa memberikan bimbingan, petunjuk, ide, motivasi, arahan dan waktu yang tak ternilai harganya ditengah kesibukan sebagai dosen selama penulis menyusun karya tulis ilmiah ini
6. Rekan-rekan seperjuanganku Mahasiswi Angkatan 2009 Kebidanan Universitas Islam Negeri Makassar, Terima kasih atas kebersamaan dan dukungannya selama ini.
7. Kepada sahabat seperjuanganku Henni, Iyya, Rara, Milda, Mhala, Nur dan Aspiani yang selalu menemani dalam suka maupun duka serta selalu memberikan sumbangan pikiran dan motivasi kepada saya.
8. Tak lupa pula penulis berterima kasih kepada Ismail yang sangat berarti juga sebagai penyemangat penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

9. Semua pihak yang telah menjadi sebab terselesaikannya karya tulis ini yang tidak sempat disebutkan satu persatu.

Akhir kata penulis semoga Allah Swt memberikan pahala yang setimpal atas bantuan dan jasa-jasa semua pihak yang telah membantu dan karya tulis ini dapat bermanfaat bagi penulis dan rekan- rekan mahasiswa lainnya.

Gowa, Agustus 2012
Penulis

Insyirah Kausari
Nim. 70400009014



DAFTAR ISI

| | |
|-----------------------------------|------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN | ii |
| HALAMAN PERSETUJUAN | iii |
| HALAMAN PENGESAHAN | iv |
| KATA PENGANTAR | v |
| DAFTAR ISI | viii |
| DAFTAR TABEL | xi |
| DAFTAR GAMBAR | xii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiii |
| UNIVERSITAS ISLAM NEGERI | |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Ruang Lingkup Pembahasan | 5 |
| C. Tujuan Penelitian | 5 |
| D. Manfaat Penelitian | 5 |
| E. Metode Penelitian | 6 |
| F. Sistematika Penulisan | 6 |

BAB II LANDASAN TEORI

| | |
|-----------------------------------------------------|----|
| A. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan | 9 |
| 1. Pengertian Kehamilan | 9 |
| 2. Fisiologi Kehamilan | 10 |
| 3. Diagnosis Kehamilan | 17 |
| B. Tinjauan Khusus Tentang Abortus Infeksiosa | 24 |
| 1. Definisi dan Epidemiologi | 24 |
| 2. Etiologi | 28 |
| 3. Klasifikasi | 31 |
| 4. Prognosis | 33 |
| 5. Komplikasi | 34 |
| 6. Diagnosis | 36 |
| 7. Gambaran Klinis | 37 |
| 8. Patogenesis | 38 |
| 9. Penatalaksanaan | 39 |
| C. Proses Manajemen Kebidanan | 43 |

BAB III STUDI KASUS

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| A. Langkah I. Identifikasi Data Dasar | 51 |
| B. Langkah II. Identifikasi Diagnosis/ Masalah Aktual | 57 |
| C. Langkah III. Identifikasi Diagnosis/ Masalah Potensial | 62 |
| D. Langkah IV. Evaluasi Perlunya Tindakan Segera/ Masalah Potensial ... | 64 |
| E. Langkah V. Rencana Tindakan | 64 |

| | |
|--------------------------------------------|----|
| F. Langkah VI. Implementasi | 67 |
| G. Langkah VII. Evaluasi | 69 |
| H. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan | 70 |

BAB IV PEMBAHASAN

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. Langkah I. Identifikasi Data Dasar | 101 |
| B. Langkah II. Identifikasi Diagnosis/ Masalah Aktual | 102 |
| C. Langkah III. Identifikasi Diagnosis/ Masalah Potensial | 103 |
| D. Langkah IV. Evaluasi Perlunya Tindakan Segera/ Masalah Potensial .. | 103 |
| E. Langkah V. Rencana Tindakan | 104 |
| F. Langkah VI. Implementasi | 104 |
| G. Langkah VII. Evaluasi | 105 |

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

| | |
|---------------------|-----|
| A. Kesimpulan | 106 |
| B. Saran | 107 |

DAFTAR PUSTAKA M A K A S S A R

DAFTAR TABEL

1. Tabel 1. Kombinasi Antibiotik untuk Abortus Infeksiosa 40



DAFTAR GAMBAR

| | |
|---------------------------------------------------------------|----|
| 1. Gambar 1. Abortus Imminiens, Insipiens dan Inkomplit | 32 |
| 2. Gambar 2. Proses Kuret | 42 |



DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 1. Lembar Konsul
2. Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari UIN Alauddin Makassar
3. Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari Walikota Makassar
4. Lampiran 4. Surat Izin Penelitian dari Kantor Bupati
5. Lampiran 5. Surat Izin Penelitian dari RSUD Syekh Yusuf
6. Lampiran 6. Surat keterangan telah melakukan penelitian dari RSUD Syekh Yusuf
7. Lampiran 7 : Riwayat Hidup Penulis



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Sebagai batasan ialah kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat janin kurang dari 500 gram. Abortus yang berlangsung tanpa tindakan disebut abortus spontan, sedangkan abortus yang terjadi dengan sengaja dilakukan tindakan disebut abortus provokatus.

Abortus provokatus ini dibagi 2 kelompok yaitu abortus provokatus medisinalis dan abortus provokatus kriminalis. Disebut medisinalis bila didasarkan pada pertimbangan dokter untuk menyelamatkan ibu. Pertimbangan dilakukan oleh minimal 3 dokter spesialis yaitu spesialis kebidanan dan kandungan, spesialis penyakit dalam, dan spesialis jiwa. Bila perlu dapat ditambah pertimbangan oleh tokoh agama terkait.

Ulama ahli fiqih (*fuqoha*) sepakat akan keharaman aborsi yang dilakukan sebelum atau sesudah ruh (nyawa) ditiupkan yaitu setelah 120 hari sejak dari terbentuknya. Para ulama menghitung tiga masa yaitu nuthfah (air mani), kemudian menjadi *'alaqah* (segumpal darah), kemudian menjadi *mudhghah* (segumpal daging). Para ulama kemudian menghitung ketiga masa itu menjadi 40 hari tambah 40 hari tambah 40 hari, sehingga masa peniupan ruh itu menjadi 120 hari sejak pertama kali janin terbentuk (Muhammad Teguh Supriyadi, 2010). Tetapi para ulama fiqih berbeda pendapat jika aborsi

dilakukan sebelum ditiupkannya ruh. Sebagian memperbolehkan dan sebagiannya mengharamkan.

Pendapat yang disepakati *fuqoha*, yaitu bahwa haram hukumnya melakukan aborsi setelah ditiupkannya ruh (120 hari) terhitung sejak bertemunya sel sperma dengan ovum. Artinya, peniupan tersebut ketika janin berusia 4 bulan penuh, masuk bulan ke 5. Abdullah bin Mas'ud berkata bahwa Rasulullah Saw telah bersabda:

أَحَدَكُمْ يُجْمَعُ خَلْفُهُ فِي بَطْنِ أُمِّهِ أَرْبَعِينَ يَوْمًا ثُمَّ يَكُونُ فِي ذَلِكَ عَلَقَةً مِثْلَ ذَلِكَ ثُمَّ يَكُونُ ذَلِكَ مُضْغَةً مِثْلَ ذَلِكَ ثُمَّ يُرْسَلُ الْمَلَكُ فَيَنْفُخُ فِيهِ الرُّوحَ وَيُؤَمَّرُ بِأَرْبَعِ كَلِمَاتٍ يَكْتُوبُ رِزْقَهُ وَأَجَلَهُ وَعَمَلَهُ وَشَقِيٌّ أَوْ سَعِيدٌ

Artinya:

“Sesungguhnya seseorang dari kamu dikumpulkan penciptaannya di dalam perut ibunya selama empat puluh hari. Setelah genap empat puluh hari kedua, terbentuklah segumlah darah beku. Ketika genap empat puluh hari ketiga, berubahlah menjadi segumpal daging. Kemudian Allah mengutus malaikat untuk meniupkan roh, serta memerintahkan untuk menulis empat perkara, yaitu penentuan rizki, waktu kematian, amal, serta nasibnya, baik yang celaka, maupun yang bahagia” (Bukhari dan Muslim).

Pendapat yang dianut oleh Ahmad Dardir, Imam Ghozali dan Ibnu Jauzi.

“Adapun status janin yang gugur sebelum ditiup rohnya, telah dianggap benda mati, maka tidak perlu dimandikan, dikafani ataupun disholati. Sehingga bisa dikatakan bahwa menggugurkan kandungan dalam fase ini tidak dikategorikan pembunuhan, tapi hanya dianggap merusak sesuatu yang bermanfaat” (Zainal Abidin, 2009).

Firman Allah swt dalam Q.S. Al an-am/17: 151.

قُلْ تَعَالَوْا أَتْلُ مَا حَرَّمَ رَبِّيَ عَلَيْكُمْ ۖ أَلَّا تُشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا ۖ وَبِالْوَالَيْنِ إِحْسَنًا ۖ وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ ۖ مِنْ إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُكُمْ وَإِيَّاهُمْ ۖ وَلَا تَقْرَبُوا الْفَوَاحِشَ مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَمَا بَطَنَ ۖ وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ ۚ ذَٰلِكُمْ وَصَّيْتُكُمْ بِهِ ۖ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ ﴿١٥١﴾

Terjemahan:

Katakanlah: "Marilah kubacakan apa yang diharamkan atas kamu oleh Tuhanmu yaitu: janganlah kamu mempersekutukan sesuatu dengan Dia, berbuat baiklah terhadap kedua orang ibu bapak, dan janganlah kamu membunuh anak-anak kamu karena takut kemiskinan, Kami akan memberi rezki kepadamu dan kepada mereka, dan janganlah kamu mendekati perbuatan-perbuatan yang keji, baik yang nampak di antaranya maupun yang tersembunyi, dan janganlah kamu membunuh jiwa yang diharamkan Allah (membunuhnya) melainkan dengan sesuatu (sebab) yang benar." Demikian itu yang diperintahkan kepadamu supaya kamu memahami(nya).

Abortus bila dilakukan secara kriminal dan kurang memperhatikan aseptis dan antiseptis bisa berlanjut pada abortus infeksiosa yaitu abortus yang disertai infeksi pada alat genitalia. Kejadian ini merupakan salah satu komplikasi dari tindakan abortus yang paling sering terjadi (Sarwono, 2008: 473).

Abortus infeksiosa perlu segera mendapatkan pengelolaan yang adekuat karena dapat menjadi infeksi yang lebih luas selain di sekitar alat genitalia juga ke rongga peritoneum, bahkan dapat ke seluruh tubuh (sepsis) dan dapat jatuh ke dalam syok sepsis.

Angka kejadian abortus sukar ditentukan karena abortus provokatus banyak yang tidak dilaporkan, kecuali bila sudah terjadi komplikasi. Abortus

spontan yang tidak jelas umur kehamilannya, hanya sedikit memberikan gejala atau tanda sehingga biasanya ibu tidak melapor atau berobat.

Sementara itu, sebagian besar studi menyatakan kejadian abortus spontan antara 15-20% dari semua kehamilan. Sekitar 5% dari pasangan yang mencoba hamil akan mengalami 2 abortus yang berurutan, dan sekitar 1% dari pasangan mengalami 3 atau lebih abortus yang berurutan (Sarwono, 2008: 460).

Frekuensi abortus spontan berkisar antara 10-15%. Lebih dari separuh atau 57% wanita pelaku aborsi, adalah mereka yang berusia dibawah 25 tahun. Penyebab abortus dipengaruhi oleh faktor janin, faktor maternal ataupun faktor eksternal.

Jumlah kasus abortus di Indonesia diperkirakan lebih besar, karena di dalam adat timur, kehamilan diluar nikah adalah merupakan *aib*, dan merupakan suatu tragedi yang sangat tidak bisa diterima masyarakat maupun lingkungan keluarga, sehingga kasus ini jarang dilaporkan. Akan tetapi, berdasarkan perkiraan dari Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), ada sekitar 2.000.000 kasus aborsi yang terjadi setiap tahunnya di Indonesia. Oleh karena itu, sebagai tenaga medis perlu untuk lebih mengerti kasus ini sehingga dapat memberikan edukasi yang tepat pada wanita usia 18-29 tahun yang paling banyak mengalami abortus, khususnya abortus infeksiosa.

Hasil penelitian oleh Darmawati “Gambaran Kejadian Abortus Provokatus Kriminalis di RSUD Syekh Yusuf Gowa” pada tahun 2011 diperoleh bahwa dari 30 kasus abortus provokatus kriminalis, angka kejadian abortus provokatus

kriminalis berdasarkan umur ibu yang paling banyak terdapat pada usia 20-35 tahun sebanyak 20 orang (66,7%), berdasarkan paritas yang paling banyak terdapat pada Paritas I sebanyak 22 orang (73,3%), berdasarkan umur kehamilan yang paling banyak terdapat pada >21 minggu- <20 minggu sebanyak 18 orang (60%), berdasarkan pendidikan terbanyak pada ibu dengan pendidikan tingkat SMA sebanyak 10 orang (33,3%).

Angka kejadian abortus infeksiosa di RSUD Syekh Yusuf Gowa dari tahun 2009 hingga tahun 2011 senilai 7,36% dari seluruh kasus abortus. Mengingat masih adanya kejadian abortus infeksiosa mendasari penulis untuk melakukan penelitian.

B. Ruang Lingkup Pembahasan

Ruang lingkup dalam pembahasan karya tulis ilmiah ini adalah manajemen asuhan kebidanan pada Ny “H” dengan post kuretase abortus infeksiosa di RSUD Syekh Yusuf Gowa.

C. Tujuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan penelitian tentang abortus infeksiosa dan penerapan ilmu yang didapat selama ini juga dapat dimanfaatkan sebagai bahan kegiatan terhadap teori yang telah diperoleh mahasiswa selama mengikuti Kegiatan Belajar Mengajar (KBM) di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar. Sekaligus sebagai bahan atau sumber bacaan di perpustakaan institusi pendidikan.

D. Manfaat Penelitian

1. Sebagai masukan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pada pasien.
2. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan khususnya untuk meminimalkan terjadinya abortus infeksius.
3. Sebagai bahan kegiatan terhadap teori yang telah diperoleh mahasiswa selama mengikuti Kegiatan Belajar Mengajar (KBM) di Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar.
4. Dapat dijadikan bahan perbandingan untuk melakukan penelitian-penelitian lain atau yang serupa berkaitan dengan abortus infeksius dan dapat disempurnakan lagi.

E. Metode Penulisan

Karya Tulis ini disusun berdasarkan kepustakaan, dan pengamatan langsung di lapangan.

F. Sistematika Penulisan

Dalam penyusunan masalah ini dibuat garis besar sebagai berikut:

BAB I PENDAHULUAN

- A. Latar Belakang
- B. Ruang Lingkup Pembahasan
- C. Tujuan Penelitian
- D. Manfaat Penelitian

E. Metode Penelitian

F. Sistematika Penulisan

BAB II LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan
2. Fisiologi Kehamilan
3. Diagnosis Kehamilan

B. Tinjauan Khusus Tentang Abortus Infeksiosa

1. Definisi dan Epidemiologi
2. Etiologi
3. Klasifikasi
4. Prognosis
5. Komplikasi
6. Diagnosis
7. Gambaran Klinis
8. Patogenesis
9. Penatalaksanaan

C. Proses Manajemen Kebidanan

BAB III. ASUHAN KEBIDANAN

A. Langkah I : Identifikasi Data Dasar

B. Langkah II : Identifikasi Diagnosis atau Masalah Aktual

C. Langkah III : Identifikasin Adanya Diagnosis/ Masalah Potensial

D. Langkah IV : Perlunya Tindakan Segera dan Kolaborasi

- E. Langkah V : Rencana Tindakan Asuhan Kebidanan
- F. Langkah VI : Implementasi Tindakan Segera atau Kolaborasi
- G. Langkah VII : Evaluasi
- H. Dokumentasi Asuhan Kebidanan

BAB IV. PEMBAHASAN

- A. Langkah I : Pengkajian Data Analisa Data
- B. Langkah II : Merumuskan Diagnosis atau Masalah Aktual
- C. Langkah III : Merumuskan Adanya Diagnosis/ Masalah Potensial
- D. Langkah IV : Perlunya Tindakan Segera atau Kolaborasi
- E. Langkah V : Rencana Tindakan Asuhan Kebidanan
- F. Langkah VI : Implementasi Tindakan Asuhan Kebidanan
- G. Langkah VII : Evaluasi

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN

- A. Kesimpulan
- B. Saran

DAFTAR PUSTAKA

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan

1. Pengertian Kehamilan

Menurut Federasi Obstetri Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam 3 trimester, di mana trimester pertama berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Sarwono, 2008: 213).

Kehamilan manusia terjadi selama 40 minggu antara waktu menstruasi terakhir dan kelahiran (38 minggu dari pembuahan). Istilah medis untuk wanita hamil adalah gravida, sedangkan manusia di dalamnya disebut embrio (minggu-minggu awal) dan kemudian janin (sampai kelahiran). Seorang wanita yang hamil untuk pertama kalinya disebut primigravida atau gravida 1.

2. Fisiologi Kehamilan

Untuk terjadi kehamilan harus ada spermatozoa, ovum, pembuahan ovum (*konsepsi*), dan nidasi (*implantasi*) hasil konsepsi. Setiap spermatozoa terdiri atas tiga bagian yaitu kaput atau kepala yang berbentuk lonjong agak gepeng dan mengandung bahan nukleus, ekor, dan bagian silindrik (leher) menghubungkan kepala dengan ekor. Dengan getaran ekornya spermatozoa bergerak cepat.

Dalam pembuahan embrional spermatogonium berasal dari sel-sel primitif tubulus-tubulus testis. Setelah janin dilahirkan, jumlah spermatogonium yang tidak mengalami perubahan sampai masa pubertas tiba.

Pada masa pubertas sel-sel spermatogonium tersebut dalam pengaruh sel-sel interstisial Leydig mulai aktif mengadakan mitosis, dan terjadilah proses spermatogenesis yang sangat kompleks. Setiap spermatogonium membelah dua dan menjadi dua spermatosit sekunder, kemudian spermatosit sekunder membelah dua lagi dengan hasil dua spermatid yang masing-masing memiliki jumlah kromosom setengah dari jumlah yang khas untuk jenis itu. Dari spermatid ini kemudian tumbuh spermatozoa.

Pertumbuhan embrional oogonium yang kelak menjadi ovum terjadi di *genital ridge* janin, dan di dalam janin jumlah oogonium bertambah terus sampai usia kehamilan enam bulan. Pada waktu dilahirkan, bayi mempunyai sekurang-kurangnya 750.000 oogonium. Jumlah ini berkurang akibat pertumbuhan dan degenerasi folikel-folikel.

Sebelum janin dilahirkan, sebagian besar oogonium mengalami perubahan-perubahan pada nukleusnya. Terjadi pula migrasi dari oogonium ke arah korteks ovarium sehingga pada waktu dilahirkan korteks ovarium terisi dengan folikel ovarium primordial. Disini dapat dilihat bahwa kromosomnya telah berpasangan, DNA-nya berduplikasi, yang berarti bahwa sel menjadi tetraploid.

Pertumbuhan selanjutnya terhenti oleh sebab yang tidak diketahui, sampai folikel itu terangsang dan berkembang lagi ke arah kematangan. Sel yang terhenti dalam profase meiosis dinamakan oosit primer. Oleh rangsangan *follicle stimulating hormone* (FSH) meiosis berlangsung terus. Benda kutub (*polar body*) pertama disisihkan dengan hanya sedikit sitoplasma, sedangkan oosit sekunder berada di dalam sitoplasma yang cukup banyak. Proses pembelahan ini terjadi sebelum ovulasi. Proses ini dinamakan pematangan pertama ovum, pematangan kedua ovum terjadi pada waktu spermatozoa membuahi ovum (Sarwono, 2008: 139-140).

Allah swt telah menceritakan proses penciptaan manusia di dalam Al-Qur'an secara terperinci. Allah swt berfirman dalam Q.S. Al-Mu'minun/23: 12-16.

وَلَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنْ سُلَالَةٍ مِّن طِينٍ ﴿١٢﴾ ثُمَّ جَعَلْنَاهُ نُطْفَةً فِي قَرَارٍ مَّكِينٍ
 ثُمَّ خَلَقْنَا النُّطْفَةَ عَلَقَةً فَخَلَقْنَا الْعَلَقَةَ مُضْغَةً فَخَلَقْنَا الْمُضْغَةَ
 عِظْمًا فَكَسَوْنَا الْعِظْمَ لَحْمًا ثُمَّ أَنشَأْنَاهُ خَلْقًا آخَرَ ۚ فَتَبَارَكَ اللَّهُ أَحْسَنُ
 الْخَالِقِينَ ﴿١٤﴾ ثُمَّ إِنَّكُمْ بَعْدَ ذَلِكَ لَمَيِّتُونَ ﴿١٥﴾ ثُمَّ إِنَّكُمْ يَوْمَ الْقِيَمَةِ
 تُبْعَثُونَ ﴿١٦﴾

Terjemahan:

Dan sesungguhnya Kami telah menciptakan manusia dari suatu saripati (berasal) dari tanah. Kemudian Kami jadikan nutfah dalam tempat yang kokoh (rahim). Kemudian air mani itu Kami jadikan segumpal darah, lalu segumpal darah itu Kami jadikan segumpal daging, dan segumpal daging itu Kami jadikan tulang belulang, lalu tulang belulang itu Kami bungkus dengan daging. Kemudian Kami jadikan dia makhluk yang (berbentuk) lain. Maka Maha Suci lah Allah, Pencipta Yang Paling Baik. Kemudian, sesudah itu, sesungguhnya kamu sekalian benar-benar akan mati. Kemudian, sesungguhnya kamu sekalian akan dibangkitkan (dari kuburmu) di hari kiamat (Departemen Agama RI. 2006).

a. Pembuahan

Fertilisasi (pembuahan) adalah penyatuan ovum (oosit sekunder) dan spermatozoa yang biasanya berlangsung di ampula tuba. Fertilisasi meliputi penetrasi spermatozoa ke dalam ovum, fusi spermatozoa dan ovum, diakhiri dengan fusi materi genetik.

Hanya satu spermatozoa yang telah mengalami proses kapasitasi mampu melakukan penetrasi membrane sel ovum. Untuk mencapai

ovum, spermatozoa harus melewati korona radiata (lapisan sel di luar ovum) dan zona pelusida (suatu bentuk glikoprotein ekstraselular), yaitu dua lapisan yang menutup dan mencegah ovum mengalami fertilisasi lebih dari satu spermatozoa.

Pada saat spermatozoa menembus zona pelusida terjadi reaksi korteks ovum. Granula korteks di dalam ovum (oosit sekunder) berfusi dengan membran plasma sel, sehingga enzim di dalam granula-granula dikeluarkan secara eksositosis ke zona pelusida. Hal ini menyebabkan glikoprotein di zona pelusida berkaitan satu sama lain membentuk suatu materi yang keras dan tidak dapat ditembus oleh spermatozoa. Proses ini mencegah ovum dibuahi lebih dari satu sperma.

Spermatozoa yang telah masuk ke vitelus kehilangan membran nukleusnya, yang tinggal hanya pronukleusnya, sedangkan ekor spermatozoa dan mitokondrianya berdegenerasi. Itulah sebabnya seluruh mitokondria pada manusia berasal dari ibu (*maternal*). Masuknya spermatozoa ke dalam vitelus membangkitkan nukleus ovum yang masih dalam metaphase untuk proses pembelahan selanjutnya (pembelahan meiosis kedua). Sesudah anafase kemudian timbul telofase, dan benda kutub (*polar body*) kedua menuju ke ruang perivitelina.

Dalam beberapa jam setelah pembuahan terjadi, mulailah pembelahan zigot. Hal ini dapat berlangsung oleh karena sitoplasma ovum mengandung banyak zat asam amino dan enzim. Segera setelah pembelahan ini terjadi, pembelahan-pembelahan selanjutnya berjalan

dengan lancar, dan dalam tiga hari terbentuk suatu kelompok sel yang sama besarnya. Hasil konsepsi berada dalam stadium morula. Energi dari pembelahan ini diperoleh dari vitelus, hingga volume vitelus makin berkurang dan terisi seluruhnya oleh morula.

Dengan demikian, zona pelusida tetap utuh, atau dengan kata lain besarnya hasil konsepsi tetap sama. Dalam ukuran yang sama ini hasil konsepsi disalurkan terus ke pars isthmica dan pars interstitialis tuba (bagian-bagian tuba yang sempit) dan terus disalurkan ke arah kavum uteri oleh arus serta getaran silia pada permukaan sel-sel tuba dan kontraksi tuba (Sarwono, 2008: 141-142).

b. Nidasi

Nidasi adalah masuknya atau tertanamnya hasil konsepsi ke dalam endometrium. Blastula diselubungi oleh suatu simpai yang disebut trofoblast, yang mampu menghancurkan dan mencairkan jaringan. Ketika blastula mencapai rongga rahim, jaringan endometrium berada dalam masa sekresi. Jaringan endometrium ini banyak mengandung sel-sel desidua yaitu sel-sel besar yang mengandung banyak glikogen, serat mudah dihancurkan oleh trofoblast. Blastula dengan bagian yang terisi massa sel dalam (*inner cell mass*) akan mudah masuk ke dalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi.

Itulah sebabnya terkadang pada saat nidasi terjadi sedikit perdarahan akibat luka desidua (tanda Hartman). Umumnya nidasi terjadi pada depan atau belakang rahim (*korpus*) dekat fundus uteri. Bila nidasi telah terjadi,

dimulailah diferensiasi sel-sel blastula. Sel lebih kecil yang terletak dekat ruang exocoeloma membentuk endoterm dan *yolk sac*, sedangkan sel-sel yang tumbuh besar menjadi endoterm dan membentuk ruang amnion. Kemudian terbentuklah suatu lempeng embrional (*embrional plate*) di antara amnion dan *yolk sac*.

Sel-sel trofoblast mesodermal yang tumbuh di sekitar mudigah (*embrio*) akan melapisi bagian dalam trofoblat sehingga terbentuklah sekat korionik (*chorionic membrane*) yang letak sitotrofoblast (sebelah dalam dan sinsitio trofoblast sebelah luar).

Vili koriales yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh bercabang-cabang dan disebut korio krodosum, sedangkan yang berhubungan dengan desidua kapsularis kurang mendapat makanan sehingga akhirnya menghilang disebut *chorion leave* (dewi, 2011: 71).

c. Plasentasi

Plasentasi adalah proses pembentukan struktur dan jenis plasenta. Setelah nidasi embrio ke dalam endometrium, plasentasi dimulai. Pada manusia plasentasi berlangsung sampai 12-18 minggu setelah fertilisasi.

Dalam 2 minggu pertama perkembangan hasil konsepsi, trofoblast invasif telah melakukan penetrasi ke pembuluh darah endometrium. Terbentuklah sinus intertrofoblastik yaitu ruangan-ruangan yang berisi darah maternal dari pembuluh-pembuluh darah yang dihancurkan. Pertumbuhan ini berjalan terus, sehingga timbul ruang-ruangan tersebut sampai terbentuk plasenta.

Tiga minggu pasca fertilisasi sirkulasi darah janin dini dapat diidentifikasi dan dimulai pembentukan vili korialis. Sirkulasi darah janin ini berakhir di lengkung kapilar (*capillary loops*) di dalam vili korialis yang ruang intervilinya dipenuhi dengan darah maternal yang dipasok oleh arteri spiralis dan dikeluarkan melalui vena uterina. Vili korialis ini akan tumbuh menjadi suatu massa jaringan yaitu plasenta.

Lapisan desidua yang meliputi hasil konsepsi ke arah kavum uteri disebut desidua kapsularis, yang terletak antara hasil konsepsi dan dinding uterus disebut desidua basalis, di situ plasenta akan dibentuk. Desidua yang meliputi dinding uterus yang lain adalah desidua parietalis. Hasil konsepsi sendiri diselubungi oleh jonjot-jonjot yang dinamakan vili korialis dan berpangkal pada korion. Sel-sel fibrolas mesodermal tumbuh disekitar embrio dan melapisi pula sebelah dalam trofoblas.

Dengan demikian, terbentuk *chorionic membrane* yang kelak menjadi korion. Selain itu, vili korialis yang berhubungan dengan desidua basalis tumbuh dan bercabang-cabang dengan baik, disini korion disebut korion frondosum. Yang berhubungan dengan desidua kapsularis kurang mendapat makanan, karena hasil konsepsi bertumbuh ke arah kavum uteri sehingga lambat-laun menghilang, korion yang gundul ini disebut korion leave.

Darah ibu dan darah janin dipisahkan oleh dinding pembuluh darah janin dan lapisan korion. Plasenta yang demikian dinamakan plasenta jenis hemokorial. Disini jelas tidak ada percampuran darah antara darah

janin dan darah ibu. Ada juga sel-sel desidua yang tidak dapat dihancurkan oleh trofoblas dan sel-sel ini akhirnya membentuk lapisan fibrinoid yang disebut lapisan *Nitabuch*. Ketika proses melahirkan, plasenta terlepas dari endometrium pada lapisan *Nitabuch* ini (Sarwono, 2008: 145-146).

3. Diagnosis Kehamilan

Untuk dapat menegakkan diagnosis kehamilan ditetapkan dengan melakukan penilaian terhadap beberapa tanda dan gejala hamil. Perubahan fisiologis yang terjadi pada wanita hamil menyebabkan timbulnya perubahan-perubahan yang menjadi tanda-tanda kehamilan. Tanda-tanda kehamilan tersebut antara lain:

a. Tanda Tidak Pasti (*Presumptive Sign*)

Tanda tidak pasti adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat dikenali dari pengakuan atau yang dirasakan oleh wanita hamil (Hani dkk, 2010: 73).

1) Amenore (berhentinya menstruasi)

Konsepsi dan nidasi menyebabkan tidak terjadi pembentukan folikel de graaf dan ovulasi sehingga menstruasi tidak terjadi. Lamanya amenore dapat dikonfirmasi dengan memastikan Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), dan digunakan untuk memperkirakan usia kehamilan dan taksiran persalinan. Akan tetapi amenore juga dapat disebabkan oleh penyakit kronik tertentu, tumor pituitary,

perubahan dan faktor lingkungan, malnutrisi, dan biasanya gangguan emosional seperti ketakutan akan kehamilan (Hani dkk, 2010: 72).

2) Mual (*nausea*) dan Muntah (*emesis*)

Pengaruh estrogen dan progesterone terjadi pengeluaran asam lambung yang berlebihan dan menimbulkan mual muntah yang terjadi terutama pada pagi hari yang disebut *morning sickness* (Hani dkk, 2010: 72).

Mual biasanya terjadi pada bulan-bulan pertama kehamilan disertai kadang-kadang emesis, namun dalam batas-batas tertentu keadaan ini masih fisiologis. Bila terlalu sering dapat mengakibatkan gangguan kesehatan yang disebut *hiperemesis gravidarum* (Purwaningsi, 2010: 26).

3) Ngidam (menginginkan makan tertentu)

Ibu hamil sering meminta makanan atau minuman tertentu terutama pada triwulan pertama kehamilan, atau biasanya ibu hamil tidak tahan akan suatu bau-bauan (Sunarsih dkk, 2010: 112).

4) *Syncope* (pingsan)

Terjadi gangguan sirkulasi ke daerah kepala (*sentral*) menyebabkan iskemia susunan saraf pusat dan menimbulkan *syncope* atau pingsan. Hal ini sering terjadi trauma jika berada pada tempat ramai, dan biasanya akan hilang setelah usia kehamilan 16 minggu (Hani dkk, 2010: 73).

5) Kelelahan

Sering terjadi pada trimester pertama, akibat dari penurunan kecepatan basal metabolisme (*Basal Metabolism Rate-BMR*) pada kehamilan, yang akan meningkat seiring pertambahan usia kehamilan akibat aktivitas metabolisme hasil konsepsi (Hani dkk, 2010: 73).

6) Payudara Tegang

Estrogen meningkatkan perkembangan sistem fuktus pada payudara, sedangkan progesterone menstimulasi perkembangan sistem alveolar payudara. Bersama somatomamotropin, hormon-hormon ini menimbulkan pembesaran payudara, menimbulkan perasaan tegang dan nyeri selama dua bulan pertama kehamilan, pelebaran puting susu, serta pengeluaran kolostrum (Hani dkk, 2010: 73).

7) Sering Miksi

Terjadi karena kandung kemih tertekan oleh uterus yang mulai membesar. Pada trimester kedua keluhan ini akan berkurang karena pembesaran uterus sudah keluar rongga panggul. Pada trimester ketiga akan muncul kembali karena janin mulai masuk ke ruang panggul dan kandung kemih tertekan (Purwaningsi, 2010: 27).

8) Obstipasi atau Konstipasi

Pengaruh progesterone dapat menghambat peristaltik usus (tonus otot menurun) sehingga kesulitan untuk BAB (Hani dkk, 2010: 73).

9) Pigmentasi Kulit

Pigmentasi terjadi pada usia kehamilan 12 minggu. Terjadi akibat pengaruh hormon kortikostteroid plasenta yang merangsang melanofor dan kulit.

Pigmentasi ini meliputi tempat-tempat berikut ini :

- a) Sekitar pipi: *cloasma gravidarum* (penghitaman pada daerah dahi, hidung, pipi, dan leher).
- b) Dinding perut: *striae livide gravidarum* (terjadi pada seorang primigravida, warnanya membiru), *striae nigra*, *linea alba* menjadi lebih hitam (*linea grisea/nigra*).
- c) Sekitar payudara: hiperpigmentasi aerola mammae sehingga terbentuk aerola sekunder, pigmentasi aerola ini berada pada tiap wanita, ada yang merah muda pada wanita kulit putih, coklat tua pada wanita kulit coklat, dan hitam pada wanita kulit hitam. Selain itu, kelenjar montgomery menonjol dan pembuluh darah manifestasi sekitar payudara (Hani dkk, 2010: 73-74).

10) Epulsi

Hipertropi papilla gingivae/ gusi, sering terjadi pada triwulan pertama (Hani dkk, 2010: 74).

11) Varises

Pengaruh estrogen dan progesterone menyebabkan pelebaran pembuluh darah terutama bagi wanita yang mempunyai bakat. Varises dapat terjadi disekitar genitalia eksterna, kaki dan betis, serta

payudara. Penampakan pembuluh darah ini dapat hilang setelah persalinan (Hani dkk, 2010: 74).

b. Tanda Kemungkinan (*Probability Sign*)

Tanda kemungkinan adalah perubahan-perubahan fisiologis yang dapat diketahui oleh pemeriksa dengan melakukan pemeriksaan fisik kepada wanita hamil (Hani dkk, 2010: 74).

Tanda kemungkinan ini terdiri atas hal-hal berikut:

1) Pembesaran Perut

Terjadi akibat pembesaran uterus. Hal ini terjadi pada bulan keempat kehamilan (Hani dkk, 2010: 74).

2) Tanda Hegar

Ditemukan pada kehamilan 6-12 minggu, yaitu adanya uterus segmen bawah rahim yang lebih lunak dari bagian yang lain (Sunarsih, 2011: 113).

3) Tanda Goodell

Tanda goodell adalah pelunakan serviks. Pada wanita yang tidak hamil serviks seperti ujung hidung, sedangkan pada wanita hamil melunak seperti bibir (Hani dkk, 2010: 74).

4) Tanda Chadwicks

Adanya perubahan warna pada serviks dan vagina menjadi kebiru-biruan (Sunarsih, 2011: 113).

5) Tanda Piscaseck

Merupakan pembesaran uterus yang tidak simetris. Terjadi karena ovum berimplantasi daerah dekat dengan kornu sehingga daerah tersebut berkembang lebih dulu (Hani dkk, 2010: 74).

6) Kontraksi Braxton Hiks

Merupakan peregangan sel-sel otot uterus, akibat meningkatnya actomysin di dalam otot uterus. Kontraksi ini tidak beritmik, sporadik, tidak nyeri, biasanya timbul pada kehamilan delapan minggu, tetapi baru dapat diamati dari pemeriksaan abdominal pada trimester ketiga. Kontraksi ini akan terus meningkat frekuensinya, lamanya, dan kekuatannya sampai mendekati persalinan (Hani dkk, 2010: 74-75).

7) Teraba Ballotement

Ketukan yang mendadak pada uterus menyebabkan janin bergerak dalam cairan ketuban yang dapat dirasakan oleh tangan pemeriksa. Hal ini harus ada pada pemeriksaan kehamilan karena perabaan seperti bentuk janin saja tidak cukup karena dapat merupakan mioma uteri (Hani dkk, 2010: 75).

8) Pemeriksaan Tes Biologis Kehamilan (*planotest*) Positif

Pemeriksaan ini adalah untuk mendeteksi adanya *human chorionic gonadotropin* (HCG) yang diproduksi oleh sinsiotropoblastik sel selama kehamilan. Hormon ini disekresi di peredaran darah ibu (pada plasma darah), dan diekskresi pada urine ibu. Hormon ini dapat mulai dideteksi pada 26 hari setelah konsepsi

dan meningkat cepat pada hari ke 30-60. Tingkat tertinggi pada hari 60-70 usia gestasi, kemudian menurun pada hari ke 100-130 (Hani dkk, 2010: 75).

c. Tanda Pasti

Tanda pasti adalah tanda yang menunjukkan langsung keberadaan janin, yang dapat dilihat langsung oleh pemeriksa.

Tanda pasti ini terdiri atas hal-hal berikut ini:

1) Gerakan Janin dalam Rahim

Gerakan janin pada primigravida dapat dirasakan oleh ibu pada kehamilan 18 minggu, sedangkan pada multigravida pada 16 minggu, karena sudah berpengalaman dari kehamilan terdahulu. Gerakan janin kadang-kadang pada kehamilan 20 dapat diraba secara objektif oleh pemeriksa, ballotemen dalam uterus dapat diraba pada kehamilan terdahulu (Wiknjastro, 2005: 129).

2) Denyut Jantung Janin

Dapat didengar pada usia 12 minggu dengan menggunakan alat fetal electrocardiograf (*Dopler*). Dengan alat stetoskop laenec, DJJ baru dapat didengar pada usia kehamilan 18-20 minggu (Hani dkk, 2010: 75).

3) Bagian-Bagian Janin

Bagian-bagian janin yaitu bagian besar janin (kepala dan bokong) serta bagian kecil janin (lengan dan kaki) dapat diraba dengan jelas pada usia kehamilan lebih tua (trimester akhir). Bagian janin ini dapat

dilihat lebih sempurna lagi dengan menggunakan USG (Hani dkk, 2010: 75).

4) Kerangka Janin

Dengan rontgen rangka janin dapat dilihat pada umur kehamilan 20 minggu (Purwaningsih, 2010: 28).

5) Ultrasonografi Tampak Gambaran Janin

Dengan USG gambaran janin dapat dilihat pada umur kehamilan 16 minggu (Purwaningsih, 2010: 28).

B. Tinjauan Khusus Tentang Abortus Infeksiosa

1. Definisi dan Epidemiologi

Abortus adalah ancaman atau pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup diluar kandungan, dan sebagai batasan digunakan kehamilan kurang dari 20 minggu atau berat badan anak kurang dari 500 gram. Penghentian kehamilan pada usia janin kurang dari 20 minggu tidak lagi disebut aborsi, tetapi infantisida, atau pembunuhan bayi, yang di Negara manapun pasti dilarang.

Sedangkan aborsi tidak aman didefinisikan sebagai terminasi (penghentian) kehamilan yang dilakukan oleh tenaga yang tidak terlatih atau di tempat yang tidak memenuhi standar minimal medis, atau keduanya (WHO, 2000). Atau suatu prosedur penghentian kehamilan oleh tenaga dengan keterampilan yang kurang memadai atau dilakukan di lingkungan yang kurang memenuhi syarat kesehatan atau keduanya.

Abortus infeksiosa adalah abortus yang disertai infeksi (Rizal, 2003: 12). Kejadian ini merupakan salah satu komplikasi tindakan abortus yang paling sering terjadi apalagi bila dilakukan kurang memperhatikan aseptis dan antiseptis (Sarwono, 2008: 473).

Abortus infeksiosa perlu segera mendapatkan pengelolaan yang adekuat karena dapat terjadi infeksi yang lebih luas selain di sekitar alat genitalia juga ke rongga peritoneum, bahkan dapat ke seluruh tubuh (sepsis, septicemia) dan dapat jatuh dalam keadaan syok septik (Sarwono, 2008: 473).

Diperkirakan frekuensi abortus spontan berkisar antara 10-15%. Namun demikian, frekuensi abortus yang pasti sukar ditentukan, karena abortus buatan banyak yang tidak dilaporkan, kecuali bila telah terjadi komplikasi. Juga karena sebagian abortus spontan disertai gejala dan tanda ringan, sehingga wanita tidak datang ke dokter atau rumah sakit.

Lebih dari separuh atau 57% wanita pelaku aborsi, adalah mereka yang berusia dibawah 25 tahun. Bahkan 24% dari mereka adalah wanita remaja berusia dibawah 19 tahun.

Jadi, para wanita muda yang hamil diluar nikah, cenderung dengan mudah akan memilih membunuh anaknya sendiri. Bukan hanya wanita di luar nikah, wanita yang telah menikah pun melakukan aborsi dengan alasan faktor keuangan.

Fatwa Majelis Ulama Indonesia Nomor 4 Tahun 2005, tentang aborsi menetapkan ketentuan hukum aborsi sebagai berikut:

1. Aborsi haram hukumnya sejak terjadinya implantasi blastosis pada dinding rahim ibu (nidasi).
2. Aborsi dibolehkan karena adanya uzur, baik yang bersifat darurat ataupun hajat. Darurat adalah suatu keadaan dimana seseorang apabila tidak melakukan sesuatu yang diharamkan maka ia akan mati atau hampir mati. Sedangkan Hajat adalah suatu keadaan dimana seseorang apabila tidak melakukan sesuatu yang diharamkan maka ia akan mengalami kesulitan besar.
 - a. Keadaan darurat yang berkaitan dengan kehamilan yang membolehkan aborsi adalah:
 - 1) Perempuan hamil menderita sakit fisik berat seperti kanker stadium lanjut, TBC dengan caverna dan penyakit-penyakit fisik berat lainnya yang harus ditetapkan oleh Tim Dokter.
 - 2) Dalam keadaan dimana kehamilan mengancam nyawa ibu.
 - b. Keadaan hajat yang berkaitan dengan kehamilan yang dapat membolehkan aborsi adalah:
 - 1) Janin yang dikandung dideteksi menderita cacat genetik dan sulit disembuhkan.
 - 2) Kehamilan akibat perkosaan yang ditetapkan oleh Tim yang berwenang yang didalamnya terdapat antara lain keluarga korban, dokter, dan ulama.

c. Kebolehan aborsi sebagaimana dimaksud huruf b harus dilakukan sebelum janin berusia 40 hari.

3. Aborsi haram hukumnya dilakukan pada kehamilan yang terjadi akibat zina.

Fatwa Majelis Tarjih Muhammadiyah tahun 1989 tentang aborsi yang menyatakan bahwa aborsi dengan alasan medik diperbolehkan dan aborsi dengan alasan non medik diharamkan (Ainul Wafa: 2009).

Firman Allah swt dalam Q.S. Al an-am/17: 151.

﴿ قُلْ تَعَالَوْا أَتْلُ مَا حَرَّمَ رَبِّي عَلَيْكُمْ أَلَّا تُشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ مِنْ إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُكُمْ وَإِيَّاهُمْ وَلَا تَقْرَبُوا الْفَوَاحِشَ مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَمَا بَطَنَ وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ ذَلِكُمْ وَصَلَّيْتُ بِهِمْ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ ﴾

Terjemahan:

Katakanlah: "Marilah kubacakan apa yang diharamkan atas kamu oleh Tuhanmu yaitu: janganlah kamu mempersekutukan sesuatu dengan Dia, berbuat baiklah terhadap kedua orang ibu bapak, dan janganlah kamu membunuh anak-anak kamu karena takut kemiskinan, Kami akan memberi rezki kepadamu dan kepada mereka, dan janganlah kamu mendekati perbuatan-perbuatan yang keji, baik yang nampak di antaranya maupun yang tersembunyi, dan janganlah kamu membunuh jiwa yang diharamkan Allah (membunuhnya) melainkan dengan sesuatu (sebab) yang benar." Demikian itu yang diperintahkan kepadamu supaya kamu memahami(nya).

Dalam ayat tersebut dijelaskan bahwa setiap anak yang dilahirkan akan diberikan rezki oleh Allah Swt. Maka aborsi dengan alasan faktor keuangan merupakan suatu tindakan kejahatan yang diharamkan Islam.

Dalam Q.S. Al Isra`/17: 33.

وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ ۚ وَمَنْ قُتِلَ مَظْلُومًا فَقَدْ جَعَلْنَا لَوْلِيهِ
سُلْطَانًا فَلَا يُسْرِفُ فِي الْقَتْلِ إِنَّهُ كَانَ مَنْصُورًا ﴿٣٣﴾

Terjemahan:

Dan janganlah kamu membunuh jiwa yang diharamkan Allah (membunuhnya) melainkan dengan (alasan) yang benar (menurut syara').

Ayat di atas menjelaskan abortus dapat dilakukan jika kehamilan itu berbahaya bagi kesehatan ibu dan dilakukan atas pertimbangan-pertimbangan yang dibenarkan agama.

2. Etiologi

a. Faktor Janin

1) Faktor Genetik

- a) Paling sering menimbulkan abortus adalah abnormalitas kromosom pada janin. Lebih dari 60% abortus spontan yang terjadi pada trimester pertama menunjukkan beberapa tipe abnormalitas genetik.
- b) Kelainan telur, kehamilan kosong (*blighted ovum*), kerusakan embrio.
- c) Embrio dengan kelainan lokal.
- d) Kelainan pada plasenta.

Endometritis dapat terjadi dalam villi korialis dan menyebabkan oksigenasi plasenta terganggu, sehingga menyebabkan gangguan pertumbuhan dan kematian janin. Keadaan ini bisa terjadi sejak kehamilan muda misalnya karena hipertensi menahun.

2) Faktor Maternal

a) Kelainan anatomis ibu

Abnormalitas anatomi maternal yang dihubungkan dengan kejadian abortus spontan yang berulang termasuk inkompetensi serviks, kongenital dan defek uterus yang didapatkan (*acquired*). Lingkungan di endometrium di sekitar tempat implantasi kurang sempurna sehingga pemberian zat-zat makanan pada hasil konsepsi terganggu.

b) Infeksi

Infeksi intrauterine sering dihubungkan dengan abortus spontan berulang. Organisme-organisme yang sering diduga sebagai penyebab antara lain *Chlamydia*, *Ureaplasma*, *Mycoplasma*, *Cytomegalovirus*, *Listeria Monocytogenes* dan *Toxoplasma Gondii*.

b. Faktor Endokrin

Penyakit kronis yang melemahkan misalnya penyakit tuberkulosis atau karsinomatosis, namun keadaan ini jarang menyebabkan abortus, sebaliknya pasien meninggal dunia karena penyakit ini tanpa melahirkan. Penyakit kronis lain (antara lain: diabetes melitus, hipertensi kronis, penyakit liver atau ginjal kronis).

c. Nutrisi

Malnutrisi umum yang sangat berat memiliki kemungkinan paling besar menjadi predisposisi abortus. Meskipun demikian, belum ditemukan bukti yang menyatakan bahwa defisiensi salah satu atau

semua nutrien dalam makanan merupakan suatu penyebab abortus yang penting.

Faktor imunologis yang telah terbukti signifikan dapat menyebabkan abortus spontan yang berulang antara lain: antibody antikoagulan lupus dan antibody cardiolipin. Inkompatibilitas golongan darah A, B, O, dengan reaksi antigen antibody dapat menyebabkan abortus berulang, karena pelepasan histamin mengakibatkan vasodilatasi dan peningkatan fragilitas kapiler.

d. Psikologi

Dibuktikan bahwa ada hubungan antara abortus yang berulang dengan keadaan mental akan tetapi belum dapat dijelaskan sebabnya. Yang peka terhadap terjadinya abortus ialah wanita yang belum matang secara emosional dan sangat penting dalam menyelamatkan kehamilan.

e. Faktor Eksternal

Radiasi: Dosis 1-10 rad bagi janin umur kehamilan 9 minggu pertama dapat merusak janin, dan pada dosis yang lebih tinggi dapat menyebabkan kematian.

f. Obat-obatan

- 1) Antagonis asam folat, antikoagulan, dll
- 2) Bahan kimia lain (arsen dan benzene)

3. Klasifikasi

a. Menurut jenisnya:

1) Abortus spontan

Merupakan abortus yang berlangsung tanpa tindakan secara alamiah tanpa intervensi luar. Terminologi umum untuk masalah ini adalah keguguran atau miscarriage.

2) Abortus buatan

Merupakan tindakan pengakhiran kehamilan sebelum umur 20 minggu akibat intervensi tertentu

Abortus yang dilakukan dengan sengaja dilakukan disebut abortus provokatus. Abortus provokatus ini dibagi dua yaitu:

- a) Abortus provokatus terapeutik adalah abortus buatan yang dilakukan atas indikasi medik.
- b) Abortus provokatus kriminalis adalah abortus buatan yang dilakukan tanpa indikasi medik.

Terminasi untuk masalah ini adalah pengguguran, aborsi, atau abortus provokatus.

b. Menurut derajatnya

1) Abortus iminiens

Abortus tingkat permulaan, dimana terjadi perdarahan pervagiam atau perdarahan dari uterus pada kehamilan sebelum umur kehamilan 20 minggu, ostium masih tertutup dan hasil konsepsi masih baik

dalam kandungan atau uterus dan tanpa adanya dilatasi serviks. Dalam keadaan ini kehamilan masih mungkin berlanjut atau dipertahankan.

2) Abortus insipiens

Abortus yang sedang mengancam dimana serviks telah mendarat atau adanya dilatasi serviks uteri yang meningkat dan ostium uteri telah terbuka terjadi perdarahan uterus pada kehamilan sebelum 20 minggu, akan tetapi hasil konsepsi masih dalam kavum uteri. Kondisi ini menunjukkan proses abortus sedang berlangsung dan akan berlanjut menjadi abortus inkomplit atau komplit.

3) Abortus inkompletus

Merupakan pengeluaran hasil konsepsi pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa yang tertinggal di dalam kavum uteri.



Gambar 1. Abortus Imminiens, Insipiens dan Inkomplit
(Sumber : Artikel Kedokteran,2012)

4) Abortus komplit

Merupakan pengeluaran hasil konsepsi dari kavum uteri pada kehamilan kurang dari 20 minggu.

5) Missed abortion

Kematian embrio atau fetus/ janin sebelum kehamilan 20 minggu, tetapi konsepsi seluruhnya tidak dikeluarkan selama 8 minggu atau lebih. Hal ini dapat bermanifestasi berupa kehamilan anembriogenik (kantong kehamilan kosong atau blighted ovum) atau kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu.

6) Abortus habituais

Merupakan keadaan dimana terjadinya abortus tiga kali berturut-turut atau lebih.

7) Abortus infeksiosa

Abortus infeksiosa berat disertai penyebaran kuman atau toksin ke dalam peredaran darah atau peritoneum. Infeksi dalam uterus atau sekitarnya dapat terjadi pada setiap abortus, tetapi biasanya ditemukan pada abortus inkomplit dan lebih sering pada abortus buatan kriminalis. Infeksi pada abortus infeksiosa terbatas pada desidua, sedangkan pada abortus septik, infeksi menyebar ke myometrium, tuba, parametrium. Jika infeksi menyebar lebih jauh lagi, dapat terjadi peritonitis dan sepsis bahkan syok.

4. Prognosis

Prognosis keberhasilan kehamilan tergantung dari etiologi aborsi sebelumnya.

- a. Perbaikan endokrin yang abnormal pada wanita dengan abortus yang rekuren mempunyai prognosis yang baik sekitar >90 %.

- b. Pada wanita keguguran dengan etiologi yang tidak diketahui, kemungkinan keberhasilan kehamilan sekitar 40-80 %.
- c. Sekitar 77 % angka kelahiran hidup setelah pemeriksaan aktivitas jantung janin pada kehamilan 5 sampai 6 minggu pada wanita dengan 2 atau lebih aborsi spontan yang tidak jelas.

5. Komplikasi

Komplikasi terapi kuretase pada abortus infeksiosa sama seperti komplikasi kuretase pada umumnya, antara lain:

a. Perforasi

Dalam melakukan dilatasi dan kerokan harus diingat bahwa selalu ada kemungkinan terjadinya perforasi dinding uterus, yang dapat menjurus ke rongga peritoneum, ke ligamentum latum, atau ke kandung kencing. Oleh sebab itu, letak uterus harus ditetapkan lebih dahulu dengan seksama pada awal tindakan, dan pada dilatasi serviks tidak boleh digunakan tekanan berlebihan. Kerokan kuret dimasukkan dengan hati-hati, akan tetapi penarikan kuret ke luar dapat dilakukan dengan tekanan yang lebih besar.

Bahaya perforasi ialah perdarahan dan peritonitis. Apabila terjadi perforasi atau diduga terjadi peristiwa itu, penderita harus diawasi dengan seksama dengan mengamati keadaan umum, nadi, tekanan darah, kenaikan suhu, turunnya hemoglobin, dan keadaan perut bawah. Jika keadaan meragukan atau ada tanda-tanda bahaya, sebaiknya dilakukan laparotomi percobaan dengan segera.

b. Luka pada serviks uteri

Apabila jaringan serviks keras dan dilatasi dipaksakan maka dapat timbul sobekan pada serviks uteri yang perlu dijahit. Apabila terjadi luka pada ostium uteri internum, maka akibat yang segera timbul ialah perdarahan yang memerlukan pemasangan tampon pada serviks dan vagina. Akibat jangka panjang ialah kemungkinan timbulnya inkompeten serviks.

c. Pelekatan pada kavum uteri

Melakukan kerokan secara sempurna memerlukan pengalaman. Sisa-sisa hasil konsepsi harus dikeluarkan, tetapi jaringan miometrium jangan sampai terkerok. Karena hal itu dapat mengakibatkan terjadinya pelekatan dinding kavum uteri di beberapa tempat. Sebaiknya kerokan dihentikan pada suatu tempat apabila pada suatu tempat tersebut dirasakan bahwa jaringan tidak begitu lembut.

d. Perdarahan

Kerokan pada kehamilan yang sudah agak tua atau pada molahidatidosa terdapat bahaya perdarahan. Oleh sebab itu, jika perlu hendaknya dilakukan transfusi darah dan sesudah itu, dimasukkan tampon kasa ke dalam uterus dan vagina.

e. Infeksi

Apabila syarat asepsis dan antisepsis tidak diindahkan, maka bahaya infeksi sangat besar. Infeksi kandungan yang terjadi dapat menyebar ke seluruh peredaran darah, sehingga menyebabkan kematian. Bahaya lain

yang ditimbulkan antara lain infeksi pada saluran telur. Akibatnya, sangat mungkin tidak bisa terjadi kehamilan lagi.

f. lain-lain

Komplikasi yang dapat timbul dengan segera pada pemberian NaCl hipertonik adalah apabila larutan garam masuk ke dalam rongga peritoneum atau ke dalam pembuluh darah dan menimbulkan gejala-gejala konvulsi, penghentian kerja jantung, penghentian pernapasan, atau hipofibrinogenemia. Sedangkan komplikasi yang dapat ditimbulkan pada pemberian prostaglandin antara lain panas, rasa *eneg*, muntah, dan diare.

Bila abortus infeksiosa ini tidak segera mendapat penanganan yang adekuat dapat menimbulkan syok septik dan kematian pada ibu.

6. Diagnosis

a. Diagnosis abortus infeksiosa:

1) Tanda infeksi alat genital:

- a) Panas, takikardi.
- b) Perdarahan pervaginam berbau.
- c) Uterus membesar, lembek, nyeri tekan.
- d) Leukosit.

2) Tanda sepsis:

- a) Demam tinggi, menggigil.
- b) Tekanan darah menurun.

b. Pemeriksaan Penunjang yang diperlukan pada abortus infeksiosa:

1) Pemeriksaan USG untuk menentukan apakah terdapat sisa jaringan.

- 2) Pemeriksaan laboratorium khususnya darah lengkap untuk mengetahui adanya leukosit dan penurunan kadar Haemoglobin akibat perdarahan.

7. Gambaran Klinis

- a. Abortus imminens adalah abortus tingkat permulaan, dimana terjadi perdarahan pada hamil muda, perdarahan pervaginam, amenore, uterus membesar sesuai umur kehamilan ostium uteri masih tertutup, USG dimana hasil konsepsi masih dalam kandungan, disertai atau tidak rasa mules dan plano tes positif.
- b. Abortus insipiens adalah abortus yang sedang berlangsung dimana perdarahan pervaginam, serviks telah mendatar dan ostium uteri telah membuka, akan tetapi hasil konsepsi masih dalam kavum uteri, ketuban menonjol, rasa mules dan perdarahan lebih berat dari pada abortus imminens, nyeri atau mules lebih sering.
- c. Abortus inkomplit adalah mulut rahim terbuka, sebagian hasil konsepsi telah keluar dari kavum uteri, masih ada yang tertinggal, perdarahan biasanya banyak sekali sehingga pasien bisa syok.
- d. Abortus komplit adalah keadaan dimana perdarahan pervaginam sedikit, seluruh konsepsi telah keluar dari kavum uteri, OU tertutup, uterus kecil.
- e. Missed abortion adalah abortus dimana perdarahan pervaginam, keluhan kehamilan hilang, TFU menetap atau mengecil, plano test negative (-), kadang fluor warna coklat, embrio atau janin telah meninggal dalam kandungan selama 8 minggu atau lebih.

- f. Abortus habituais adalah keadaan terjadinya abortus spontan tiga kali berturut-turut atau lebih.
- g. Abortus infeksiosa adalah abortus yang disertai dengan infeksi organ genitalia. Tanda infeksi: panas, takikardi, perdarahan pervaginam yang berbau, uterus besar lunak, nyeri tekan, leukositosis (Rizal Ridwan, 2003: 15).
- h. Abortus septik seperti abortus infeksiosa berat dengan penyebaran kuman atau toksin ke peritoneum dan peredaran darah peritoneum, tetapi demam lebih tinggi, nadi lebih cepat, tensi lebih rendah bahkan sampai syok.

8. Patogenesis

Pada permulaan terjadi perdarahan dalam desidua basalis oleh nekrosis jaringan sekitarnya, kemudian sebagian atau seluruh hasil konsepsi terlepas. Karena dianggap benda asing, maka uterus akan berkontraksi untuk mengeluarkannya. Saat kantung gestasi terbuka, biasanya ditemukan cairan di sekitar janin yang maserasi atau tidak ditemukan janin (disebut *Blighted Ovum*). Pada kehamilan dibawah 8 minggu, hasil konsepsi dikeluarkan seluruhnya, karena vili korialis belum menembus desidua terlalu dalam, sedangkan pada kehamilan 8-14 minggu, telah masuk agak dalam, sehingga sebagian keluar dan sebagian lagi akan tertinggal. Hilangnya kontraksi yang dihasilkan dari aktivitas kontraksi dan retraksi miometrium menyebabkan banyak terjadi perdarahan.

Bila terjadi pada umur kehamilan yang lebih tua, janin mungkin akan mengalami maserasi, dimana tulang tengkorak kolaps, disrensi abdomen, dengan cairan bercampur darah dan degenerasi organ dalam. Kulit menjadi melepuh dan terkupas. Dan dapat juga ditemukan cairan amnion terabsorpsi sehingga terjadi kompresi janin.

Infeksi ulang terjadi pada abortus infeksiosa biasanya disebabkan karena tindakan aborsi yang tidak aman, karena kurang memperhatikan aseptis dan antiseptis. Jika jaringan tersisa di dalam rahim, muncul luka, ceruakan, dikhawatirkan bisa memicu terjadinya infeksi. Sebab, kuman senang sekali dengan daerah-daerah yang basah oleh cairan seperti darah. Karena sisa jaringan biasanya menyebabkan perdarahan. Mekanisme perdarahan pada kasus keguguran adalah dengan adanya sisa jaringan menyebabkan rahim tidak bisa berkontraksi dengan baik sehingga pembuluh darah pada lapisan dalam rahim tidak dapat tertutup dan menyebabkan perdarahan.

Mediator-mediator yang berperan dalam terjadinya infeksi dan sepsis antara lain, TNF- α , interleukin 1-6, PAF, leukotriene, thromboxane A₂, kinin, thrombin, MDF dan β -endorphin. Peranan struktur organisme pathogen dan juga aktivasi endotel pembuluh darah.

9. Penatalaksanaan

a. Penanganan abortus infeksiosa:

- 1) Kasus ini berisiko tinggi untuk terjadi sepsis, apabila fasilitas kesehatan setempat tidak memadai, rujuk pasien ke RS.

- 2) Sebelum merujuk pasien, lakukan restorasi cairan yang hilang dengan NS atau RL melalui infus dan berikan antibiotik (misalnya ampicilin 1 mg metrodinazol 500 mg).
- 3) Jika ada riwayat abortus tidak aman, beri ATS dan TT.
- 4) Pada fasilitas kesehatan yang lengkap, dengan perlindungan antibiotik berspektrum luas dan upaya stabilisasi hingga kondisi pasien memadai, dapat dilakukan pengosongan uterus sesegera mungkin (lakukan secara hati-hati karena tingginya kejadian perforasi pada kondisi ini).

Tabel 1. Kombinasi Antibiotik untuk Abortus Infeksiosa

| Kombinasi antibiotik | Dosis oral | Catatan |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Ampisilin dan metrodinazol | 3x1 mg oral dan 3x500 mg | Berspektrum luas dan mencakup untuk gonorrhoea dan bakteri anaerob |
| Tetrasiklin dan klindamisin | 4x500 mg dan 2x300 mg | Baik untuk klamidia, gonorrhoea dan bakteriodes fragilis |
| Trimethoprim dan sulfametoksazol | 160 mg dan 800 mg | Spektrum cukup luas dan harganya relatif murah |

(Sumber : Oden Mahyudin, 2011)

b. Pengeluaran konsepsi pervaginam

1) Pada umur kehamilan sampai 12 minggu

- a) Penderita diberi infus cairan dekstrose 5% ditambah oksitosin 5-10 IU.
- b) Penderita diberi anestesi umum atau anestesi lokal (blok paraservikal).
- c) Konsepsi dikeluarkan dari uterus dengan peralatan abortus tang dan sendok kuret.

d) Setelah konsepsi keluar seluruhnya, diberi suntikan metil ergonovine 0,2 mg intramuskular dan infus oksitosin dilanjutkan sampai 8 jam post kuretase.

2) Pada umur kehamilan lebih dari 12 minggu

a) Penderita diberi infus cairan dekstrose 5% ditambah oksitosin 5-10 IU dengan kecepatan 4 tetes permenit dinaikkan setiap 15-30 menit dengan 4 tetes. Penambahan tetesan dilanjutkan sampai konsepsi keluar seluruhnya.

b) Jika ternyata hanya sebagian konsepsi yang keluar, bagian jaringan plasenta yang tertinggal dikeluarkan dengan peralatan abortus tang dan sendok kuret. Sebelum tindakan kuretase dilakukan, terlebih dahulu penderita diberi anestesi umum atau anestesi lokal.

c) Setelah konsepsi keluar seluruhnya, diberi suntikan metil ergonovine 0,2 mg intramuskuler dan infus oksitosin dilanjutkan.

c. Pengeluaran konsepsi perabdominal

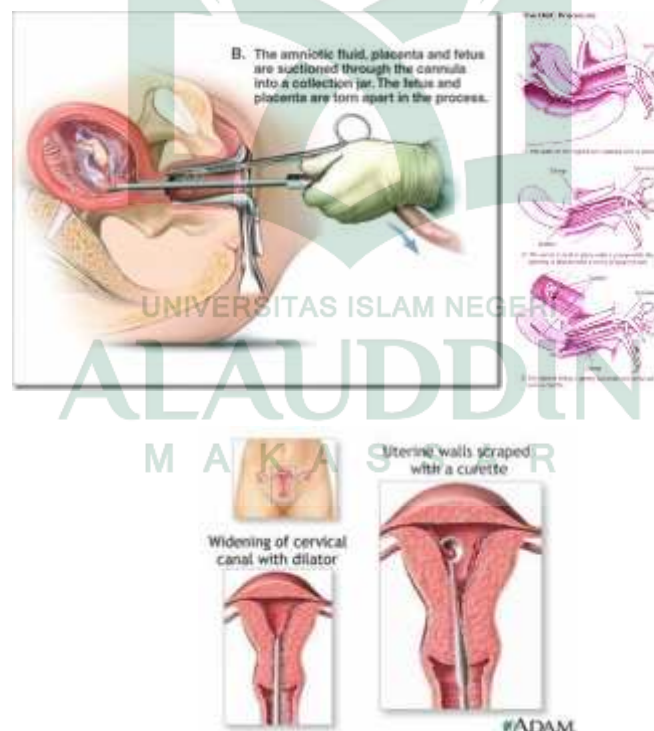
Untuk kasus aborsi dengan umur kehamilan lebih dari 12 minggu yang gagal dikeluarkan pervaginam dapat dipertimbangkan melakukan laparotomi dan dilanjutkan dengan histerotomi atau histerektomi. Tindakan histerektomi khususnya dipertimbangkan pada kasus aborsi infeksiosa atau aborsi septik.

1. Pemberian infus dan antibiotika diteruskan menurut kebutuhan dan kemajuan penderita.

2. Semua pasien abortus disuntik vaksin serap tetanus 0,5 cc IM

Hal-hal yang perlu diperhatikan bila kuretase pada abortus infeksiosa dan abortus adalah tindakan kuretase dilakukan bila keadaan tubuh sudah membaik minimal 6 jam setelah antibiotika adekuat diberikan, dan saat tindakan uterus dilindungi dengan uterotonika. antibiotika dilanjutkan sampai 2 hari bebas demam dan bila dalam waktu 2 hari pemberian tidak memberi respon harus diganti dengan antibiotik yang lebih sesuai.

Pemeriksaan yang perlu dilakukan sebelum melakukan kuretase antara lain pemeriksaan USG kembali, mengukur tekanan darah dan kadar Hb, pemeriksaan sistem pernapasan dan memastikan perdarahan. Hal ini untuk memastikan pasien dalam kondisi baik untuk tindakan.



Gambar 2. Proses Kuret
(Sumber : Hygiena Kumala Suci, 2010)

C. Proses Manajemen Kebidanan

Proses manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan bidan serta menggunakan metode yang terorganisasi melalui tindakan yang logika dan memberikan keuntungan kepada pasien dalam memberikan pelayanan.

Asuhan kebidanan adalah bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu pasien atau klien yang pelaksanaannya dilakukan dengan cara:

1. Bertahap dan sistematis
2. Melalui suatu proses yang disebut manajemen kebidanan
 - a. Manajemen Kebidanan menurut Varney
 - 1) Proses pemecahan masalah.
 - 2) Digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah.
 - 3) Penemuan-penemuan keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis.
 - 4) Untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.
 - b. Langkah-langkah manajemen kebidanan
 - 1) Langkah 1: Tahap Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini berisi semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Yang terdiri dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Yang termasuk data subjektif antara lain biodata,

riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, biopsikologi spiritual yaitu mengkaji perasaan dan penghayatan akan sisi-sisi ketuhanan ibu dan menganjurkan agar ibu beserta keluarga rajin sholat dan berdoa agar kehamilannya berlangsung normal sampai persalinan, dan pengetahuan klien.

Data objektif adalah yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan test diagnostik lain yang dirumuskan dalam data fokus. Data objektif terdiri dari pemeriksaan fisik yang sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus (inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi), pemeriksaan penunjang (laboratorium, catatan baru dan sebelumnya).

2) Langkah II: Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan sebelumnya ke dalam identifikasi yang spesifik mengenai masalah atau diagnosis serta data yang benar. Masalah merupakan hal yang berhubungan dengan apa yang dialami klien. Diagnosis adalah hasil analisa dan perumusan masalah yang diputuskan, dalam menegakan diagnosis di dalam menggunakan pengetahuan profesional sebagai dasar arahan untuk mengambil tindakan, diagnosis kebidanan harus berlandaskan pada keselamatan hidup klien.

3) Langkah III: Mengidentifikasi Diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap diagnosis atau masalah potensial ini benar-benar terjadi.

4) Langkah IV: Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera, untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien.

Menggambarkan sifat proses manajemen secara terus menerus yang tidak hanya terbatas pada pemberian pelayanan dasar pada kunjungan antenatal secara periodik. Terapi juga pada saat bersama klien, data yang baru diperoleh tetap dievaluasi, beberapa data memberi indikasi adanya situasi emergency dimana bidan harus bertindak segera dalam menyelamatkan ibu dan janin.

5) Langkah V: Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan usaha yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Mengembangkan suatu rencana tindakan yang komprehensif dengan didukung oleh penjelasan secara rasional yang benar dengan penekanan pada keputusan yang diambil pada tahap sebelumnya suatu rencana tindakan yang komprehensif tidak hanya termasuk indikasi apa yang timbul berdasarkan kondisi klien dan

masalah yang berhubungan dengan kondisi klien tetapi juga bimbingan yang diberikan lebih dahulu pada ibu, rencana harus disetujui bersama oleh bidan dan klien sebab pada akhirnya klien yang akan menentukan pelaksanaan rencana tindakan tersebut.

6) Langkah VI: pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan secara efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukan sendiri bidan tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

7) Langkah VII: Evaluasi

Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar tetap terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi di dalam diagnosis dan masalah. Rencana tersebut dianggap efektif jika memang benar dalam pelaksanaannya.

c) Pendokumentasian Asuhan Kebidanan

Pendokumentasian adalah kesimpulan dari semua hasil asuhan yang telah dilakukan kepada klien. Bidan sebagai provider dalam pelayanan kebidanan bertanggung jawab terhadap dokumentasi kebidanan. Aspek pelayanan yang didokumentasikan adalah pelayanan mandiri yang diberikan oleh bidan, pelayanan konsultasi dan pelayanan kolaborasi.

Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian yang dapat mengkomunikasikan kepada orang lain mengenai aturan yang telah dilakukan dan yang akan dilakukan pada seorang klien, yang di dalamnya tersirat proses berfikir yang sistematis. Seorang bidan dalam menghadapi seorang klien sesuai langkah-langkah dalam proses manajemen kebidanan.

Menurut Helen Varney's, alur berfikir bidan saat menghadapi klien meliputi 7 langkah. Untuk orang lain mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berfikir sistematis, didokumentasikan dalam bentuk SOAP yaitu:

1) Subyektif (S)

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis (apa yang dikatakan klien).

Tanda gejala subyektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, riwayat persalinan,

riwayat KB, penyakit, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup).

Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosis. Pada orang yang bisu, dibagian data dibelakang "S" diberi tanda "O" atau "X" ini menandakan orang itu bisu. Data subjektif menguatkan diagnosis yang akan dibuat.

2. Obyektif (O)

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan test diagnostik lalu yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung assesment (apa yang dilihat dan dirasakan oleh bidan setelah melakukan pemeriksaan).

Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (tanda KU: tanda-tanda vital, fisik, khusus, kebidanan, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil Laboratorium, sinar X, rekaman CTG, dan lain-lain) dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam kategori ini. Apa yang diobservasi oleh bidan

akan menjadi komponen yang berarti dari diagnosis yang akan ditegakkan.

3) Assesment (A)

Masalah atau diagnosis yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan (kesimpulan apa yang telah dibuat dari data S dan O).

Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin suatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.

Menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:

a) Diagnosis/ masalah

- (1) Diagnosis adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien: hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir.

Berdasarkan hasil analisa data yang didapat.

- (2) Masalah segala sesuatu yang menyimpang sehingga kebutuhan klien terganggu, kemungkinan mengganggu kehamilan/ kesehatan tetapi tidak masuk dalam diagnosis.

b) Antisipasi masalah lain/ diagnosis potensial

4) Planning (P)

Menggambarkan pendokumentasian dan tindakan dan evaluasi berdasarkan assesment (rencana apa yang akan dilakukan berdasarkan hasil evaluasi tersebut).

SOAP untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam “P” sedangkan perencanaan membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga mempertahankan kesejahteraannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus sesuai dengan instruksi dokter.

Di dalam Planning dapat berisikan tentang:

- a. Konsul.
- b. Tes diagnostik/ laboratorium.
- c. Rujukan.
- d. Pendidikan konseling.
- e. Follow Up.
- f. Pendokumentasian asuhan kebidanan.

BAB III
STUDI KASUS
MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA NY “H”
DENGAN PERDARAHAN PERVAGINAM
DI RSUD SYEKH YUSUF GOWA
TANGGAL 18 JUNI 2012

No. Register : 286039
Tgl. MRS : 18 juni 2012 jam: 20.00 WITA
Tgl. Pengkajian : 18 juni 2012 jam: 20.10 WITA

A. LANGKAH I. IDENTIFIKASI DATA DASAR

1. Identitas Ibu/ Suami

Nama : Ny “H”/ Tn “Y”
Umur : 23 tahun/ 29 tahun
Nikah/lamanya : 1x/ \pm 2 tahun
Suku : Makassar/ Makassar
Agama : Islam/ Islam
Pendidikan : SMA/ SMP
Pekerjaan : Pegawai swasta/ Pegawai swasta
Alamat : Jln. Pelita Lambengi

2. Data Biologis

a. Keluhan Utama

- 1) Ibu mengeluh mengalami demam dan perdarahan pervaginam

b. Riwayat Keluhan Utama

- 1) HPHT tanggal 28-12-2011
- 2) HTP tanggal 5-10-2012
- 3) Terdapat beberapa jaringan bercampur darah merah kehitaman dan berbau
- 4) Ibu mengeluh nyeri pada daerah perut bagian bawah, merasa mual dan muntah, dan sering merasa pusing

c. Riwayat Kesehatan Lalu

- 1) Ibu tidak ada alergi terhadap makanan
- 2) Ibu tidak menderita penyakit menular seksual maupun lainnya
- 3) Ibu pernah dirawat dan dioperasi daging menumpang di punggung sebelah kiri
- 4) Ibu tidak pernah menderita penyakit jantung, hipertensi, dan DM
- 5) Tidak ada riwayat ketergantungan obat-obatan dan minuman keras

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

- 1) Tidak ada penyakit turunan
- 2) Tidak ada riwayat kehamilan kembar

e. Riwayat Sosial Ekonomi

- 1) Keputusan untuk melakukan aborsi dilakukan oleh ibu
- 2) Suami mendukung ibu melakukan aborsi

3) Alasan ibu dan suami melakukan aborsi karena faktor ekonomi

4) Ibu menerima keadaannya dan berharap cepat sembuh

f. Riwayat KB

Ibu tidak pernah menjadi akseptor KB

g. Riwayat Reproduksi

1) Menarche : \pm 14 tahun

2) Siklus Haid : 28-30 hari

3) Lamanya : \pm 5 hari

4) Dismenorrhoe : tidak ada

h. Riwayat Kehamilan dan Persalinan Lalu

| Tahun | Tempat persalinan | Kehamilan | Persalinan | Penolong | JK |
|-------|-------------------|-----------|------------|----------|----|
| 2009 | BPS | Aterm | Normal | Bidan | L |

i. Pola Pemenuhan Kebutuhan Dasar

1) Kebutuhan Nutrisi

Makan : makan 2 kali sehari dengan porsi 1 piring

Minum : ibu biasa minum air putih 7-8 gelas perhari

Pasca abortus : nafsu makan berkurang dengan pola makan 1-2 kali sehari

2) Eliminasi

BAB : 1 kali sehari dengan konsistensi lunak, warna kehitaman

BAK : 4-5 kali sehari, warna kuning, bau amoniak

Pasca abortus : tidak ada perubahan

3) Istirahat

Tidur siang : 1-2 jam

Tidur malam : \pm 8 jam

Pasca abortus : terganggu karena demam dan rasa nyeri yang dialaminya

j. Personal hygiene

1) Kebiasaan:

- a) Mandi 1 kali sehari dengan menggunakan sabun
- b) Gosok gigi 2 kali sehari dengan menggunakan pasta gigi
- c) Pakaian diganti setiap kali sudah mandi
- d) Pakaian dalam diganti setiap kali basah

2) Pasca abortus: tidak ada perubahan

k. Riwayat Kehamilan Sekarang

- 1) GII PI A0
- 2) HPHT tanggal 28-12-2011
- 3) HTP tanggal 5-10-2012
- 4) Ibu pernah meminum obat berwarna putih, bundar dan kecil untuk abortus pada bulan Maret
- 5) Ibu mengalami perdarahan selama \pm 2 minggu sejak meminum obat dan tidak memeriksakan kehamilannya
- 6) Ibu kembali mengalami perdarahan tanggal 17 juni 2012 hingga sekarang

7) Ibu tidak pernah mendapatkan imunisasi TT

1. Pemeriksaan Fisik

- 1) Keadaan umum baik
- 2) Kesadaran komposmentis
- 3) Tinggi: 160 cm
- 4) TTV:

TD : 90/60 mmHg (N : 90/60-120/80 mmHg)

N : 110 x/ menit (N: 60-100 x/menit)

S : 39,5 °C (N: 36,5-37,5°C)

P : 22 x/ menit (N : 18-24 x/menit)

5) Kepala

Inspeksi: nampak bersih, tidak ada ketombe, hitam, dan lurus

Palpasi: tidak mudah rontok, tidak ada massa dan nyeri tekan

6) Wajah

Inspeksi: nampak simetris kiri dan kanan, tidak ada oedema, wajah tampak lemas dan cemas, tidak ada cloasma

Palpasi: tidak ada massa dan nyeri tekan

7) Mata

Inspeksi: konjungtiva terlihat pucat, sclera tampak putih (tidak ikhterus)

8) Hidung

Inspeksi: nampak bersih, simetris kiri dan kanan dan tidak terdapat polip

Palpasi: tidak ada massa, tidak ada secret dan nyeri tekan

9) Telinga

Inspeksi: nampak bersih, simetris kiri dan kanan dan tidak terdapat serumen

10) Mulut dan gigi

Inspeksi: bibir tampak pucat dan tidak pecah-pecah, gusi tampak bersih, tidak terdapat caries dan sariawan

11) Leher

Palpasi: tidak ada pembesaran pada vena jugularis, kelenjar tyroid dan kelenjar limfe

12) Payudara

Inspeksi: tampak simetris kiri dan kanan, puting susu terbenam

Palpasi: tidak ada massa dan nyeri tekan, tidak terdapat pengeluaran kolostrum

13) Abdomen

Inspeksi: datar, tidak ada luka bekas operasi, tonus otot perut kendur, tampak striae alba

Palpasi: TFU tidak teraba, lunak, massa negatif (-), nyeri tekan positif (+)

14) Vulva dan perineum

Inspeksi: tampak pengeluaran darah berbau dari jalan lahir

Pemeriksaan dalam:

- a. Pemeriksaan speculum: *Ostium uteri eksternum* (OUE) terbuka dengan beberapa jaringan dan darah berbau keluar, tidak ditemukan erosi, laserasi, atau polip servik
- b. Pemeriksaan bimanual: Cervix lunak, OUE terbuka, ada beberapa jaringan teraba di OUE, tidak ada nyeri tekan servik, adneksa dan parametrium dalam batas normal

15) Ekstremitas

Ekstremitas atas: tidak nampak adanya oedema, simetris kiri dan kanan

Ekstremitas bawah: tidak ada varises dan oedema, reflex patella positif kanan dan kiri

B. LANGKAH II. IDENTIFIKASI DIAGNOSIS / MASALAH AKTUAL

Diagnosis: GII PI A0, Gestasi 10-12 minggu, abortus infeksiosa.

Masalah aktual: demam, anemia ringan dan nyeri perut bagian bawah

1. GII PI A0

a. Data subjektif:

- 1) Ibu mengatakan ini kehamilannya kedua yang tidak diinginkan.
- 2) Ibu mengatakan ia memiliki riwayat abortus yang tidak aman yang dilakukannya dengan meminum obat

b. Data objektif:

- 1) Terdapat striae alba

2) Tonus otot perut kendur

3) Serviks lunak

c. Analisa dan intepretasi data:

1) Striae alba merupakan garis-garis berwarna agak putih akibat peregangan dinding perut yang menyebabkan pembuluh darah perifer dan juga pengaruh hormon yang menyebabkan hyperpigmentasi pada kulit, pada masa kehamilan tonus otot tersebut berkembang mengikuti besarnya uterus akibat kapiler dalam dinding perut pecah, sehingga timbullah striae gravidarum serta diikuti keterangan dari ibu bahwa ini kehamilan kedua (Wiknjosastro H, 2005).

2) Pada multi gravida tonus otot kendur karena sudah pernah mengalami peregangan sebelumnya (Manuaba, 2007).

2. Gestasi 10-12 minggu

a. Data subjektif:

1) HPHT 28-12-2011

2) Ibu mengatakan umur kehamilannya 10-12 minggu

3) Ibu pernah meminum obat berwarna putih, bundar dan kecil untuk abortus pada bulan Maret

4) Ibu mengalami perdarahan selama \pm 2 minggu sejak meminum obat dan tidak memeriksakan kehamilannya

b. Data objektif:

1) TFU tidak teraba

2) Tampak pengeluaran beberapa jaringan bercampur darah merah kehitaman

3) Tanggal pengkajian 18 juni 2012

c. Analisa dan interpretasi data

1) Dari tanggal HPHT 28-12-2010 sampai dengan bulan Maret menunjukkan umur kehamilan ibu 10-12 minggu

3. Abortus infeksiosa

a. Data subjektif:

1) Pada bulan Maret 2012 ibu meminum obat berwarna putih, kecil dan bundar untuk mengeluarkan janinnya.

2) Ibu mengalami perdarahan selama \pm 2 minggu pada bulan Maret dan kembali perdarahan pada tanggal 17 Juni 2012

3) Ibu mengeluh mengalami demam dan perdarahan pervaginam

4) Terdapat beberapa jaringan bercampur darah merah kehitaman dan berbau

5) Ibu mengeluh nyeri pada daerah perut bagian bawah, merasa mual dan muntah, dan sering merasa pusing

b. Data objektif:

1) TFU tidak teraba

2) Tampak pengeluaran beberapa jaringan bercampur darah berwarna merah kehitaman dan berbau.

3) TTV

| | |
|------------------|------------------------|
| TD : 90/60 mmHg | (N: 90/60-120/80 mmHg) |
| N : 110 x/ menit | (N: 60-100 x/menit) |
| S : 39,5 °C | (N: 36,5-37,5°C) |
| P : 22 x/ menit | (N: 18-24 x/menit) |

4) Pemeriksaan dalam:

- a) Pemeriksaan spekulum: OUE terbuka dengan beberapa jaringan dan darah berbau keluar, tidak ditemukan erosi, laserasi, atau polip servik.
- b) Pemeriksaan bimanual: cervix lunak, OUE terbuka, ada beberapa jaringan teraba di OUE, tidak ada nyeri tekan servik, adneksa dan parametrium dalam batas normal.

c. Analisa dan interpretasi data:

- 1) Abortus adalah terhentinya kehamilan sebelum janin dapat bertahan hidup, yaitu sebelum kehamilan berusia 22 minggu atau berat janin belum mencapai 1000 gram. Abortus biasanya ditandai dengan terjadinya perdarahan pada wanita yang sedang hamil (Sarwono, 2008: 473).
- 2) Abortus infeksiosa adalah abortus yang disertai infeksi pada genitalia. Infeksi dalam uterus atau sekitarnya dapat terjadi pada tiap abortus, tetapi biasanya ditemukan pada abortus inkomplet dan lebih sering pada abortus provokatus kriminalis yang dikerjakan tanpa memperhatikan asepsis dan antisepsis (Rizal Ridwan, 2003: 15).

- 3) Diagnosis abortus infeksiosa ditentukan dengan adanya abortus yang disertai gejala dan tanda infeksi alat genital, seperti panas (demam kadang-kadang menggigil), takikardia, perdarahan pervaginam yang berbau (lochia berbau busuk), uterus yang membesar, lembek, serta nyeri tekan, dan leukositosis (Mahyudin, Oden. 2011).

Masalah aktual:

1. Demam

a. Data subjektif:

- 1) Ibu mengeluh mengalami demam

b. Data objektif:

- 1) S: 39,5 °C

c. Analisa dan interpretasi data:

- 1) Suhu tubuh meningkat dan melewati batas normal yaitu 36,5-37,5°C

2. Anemia

a. Data subjektif:

- 1) Ibu mengeluh cepat lelah dan sering pusing terutama pada saat berdiri dari tempat duduk

- 2) Ibu mengeluh mengalami perdarahan pervaginam

b. Data objektif:

- 1) Ekspresi wajah ibu tampak cemas

- 2) Konjungtiva pucat

c. Analisa dan interpretasi data:

- 1) Ibu mengeluh cepat lelah apabila melakukan pekerjaan dan sering pusing terutama pada saat berdiri dari tempat duduk dan ditandai dengan konjungtiva pucat dan adanya perdarahan pervaginam.

3. Nyeri perut bagian bawah

a. Data subjektif:

- 1) Ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah

b. Data objektif:

- 1) Tampak pengeluaran beberapa jaringan bercampur darah dari vagina berwarna merah kehitaman dan berbau
- 2) Ekspresi wajah tampak meringis terutama jika bergerak
- 3) Ibu merasa nyeri bila perut ditekan

c. Analisa dan interpretasi data:

- 1) Kontraksi terjadi pada otot-otot rahim (*myometrium*) sebagai pengaruh dari adanya perdarahan. Kontraksi ini sebagai suatu proses yang mendorong jaringan janin yang tersisa untuk keluar secara perlahan melalui uterus bawah.

C. LANGKAH III. IDENTIFIKASI DIAGNOSIS/ MASALAH POTENSIAL

Masalah potensial: antisipasi terjadinya abortus septik

1. Antisipasi terjadinya abortus septik

a. Data subjektif:

- 1) Ibu mengeluh mengalami demam dan perdarahan pervaginam

- 2) Terdapat beberapa jaringan bercampur darah merah kehitaman berbau
- 3) Ibu mengeluh nyeri pada daerah perut bagian bawah, merasa mual dan muntah, dan sering merasa pusing

b. Data objektif:

- 1) Abdomen datar, lunak, TFU tidak teraba, tidak ada massa, nyeri tekan positif (+) dan tanda cairan bebas

- 2) TTV (tanda-tanda vital)

TD : 90/60 mmHg (N: 90/60-120/80 mmHg)

N : 110 x/ menit (N: 60-100 x/menit)

S : 39,5 °C (N: 36,5-37,5°C)

P : 22 x/ menit (N: 18-24 x/menit)

- 3) Pemeriksaan dalam:

- a) Pemeriksaan spekulum: OUE terbuka dengan beberapa jaringan dan darah berbau keluar, tidak ditemukan erosi, laserasi, atau polip servik.

- b) Pemeriksaan bimanual: cervix lunak, OUE terbuka, ada beberapa jaringan teraba di OUE, tidak ada nyeri tekan servik, adneksa dan parametrium dalam batas normal

c. Analisis dan interpretasi data:

- 1) Kasus abortus yang disertai dengan infeksi disebut dengan abortus infeksiosa. Jika proses infeksi semakin berat akan berlanjut dengan abortus septik. Kasus-kasus aborsi septik prog-nosisnya sangat jelek.

Untuk menghindari komplikasi ini, sebaiknya konsepsi segera dikeluarkan (Mahyudin, Oden. 2011).

D. LANGKAH IV. EVALUASI PERLUNYA TINDAKAN SEGERA/ KOLABORASI

1. Penatalaksanaan pemberian cairan infuse RL (*ringer laktat*) dengan 28 tetes/menit
2. Konsultasi dengan dokter untuk pemberian obat dan penanganan selanjutnya.

E. LANGKAH V. RENCANA TINDAKAN

Tanggal 18 juni 2012 jam 20.30 WITA

Diagnosis: GII PI A0, gestasi 10-12 minggu, abortus infeksiosa.

Masalah aktual: demam, anemia dan nyeri perut bagian bawah

Masalah potensial:

1. Antisipasi terjadinya abortus septik
2. Antisipasi terjadinya kematian maternal

Tujuan:

1. Abortus infeksiosa teratasi
2. Demam teratasi
3. Anemia teratasi
4. Rasa nyeri teratasi

Kriteria:

1. TTV dalam batas normal

TD : 90/60-120/80 mmHg

N : 60-100 x/menit

S : 36,5-37,5°C

P : 18-24 x/menit

2. Jaringan yang tersisa dalam uterus dikeluarkan

3. Tidak terjadi perdarahan (> 500 cc)

4. Rasa nyeri hilang

Intervensi tanggal 18 juni 2012 jam 20.30 WITA

1. Perbaiki keadaan umum ibu

Rasional: agar keadaan umum ibu kembali membaik

2. Observasi TTV

Rasional: observasi TTV merupakan salah satu indikator untuk mengetahui keadaan umum ibu sebagai indikasi untuk bertindak

3. Pantau tanda-tanda infeksi

Rasional: untuk mencegah agar infeksi tidak berlanjut menjadi abortus septik

4. Beri imunisasi ATS (anti tetanus serum)

Rasional: mencegah terjadinya tetanus toxoid

5. Pasang infus

Rasional: Mencegah terjadinya kehilangan cairan karena perdarahan

6. Penatalaksanaan antibiotik

Rasional: pemberian antibiotik dapat membunuh mikroorganisme penyebab infeksi

7. Observasi pengeluaran pervaginam

Rasional: dengan mengobservasi pengeluaran darah maka dapat ditentukan intervensi selanjutnya

8. Pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan laboratorium

Rasional: pemeriksaan laboratorium dapat digunakan sebagai data tambahan penunjang untuk mengetahui kondisi ibu sehingga dapat menegakkan diagnosis dan menentukan tindakan selanjutnya

9. Menjelaskan tentang penyebab perdarahan, nyeri pada perut bagian bawah dan menganjurkan teknik relaksasi bila timbul rasa nyeri

Rasional: dengan mengetahui penyebab nyeri, ibu dapat memahami dan mengerti timbulnya rasa nyeri yang dirasakan

10. Anjurkan ibu istirahat yang cukup

Rasional: istirahat yang cukup mengoptimalkan keadaan umum ibu

11. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi terutama yang mengandung vitamin, baik dari sayuran ataupun buah-buahan

Rasional: dengan mengkonsumsi makanan bergizi akan membantu memenuhi kebutuhan nutrisi ibu, vitamin sebagai zat untuk mempercepat proses penyembuhan penyakit, meningkatkan serta menjaga kebugaran tubuh

12. Anjurkan pada ibu untuk meningkatkan kebersihan diri dengan mengganti doek atau pembalut setiap kali basah

Rasional: dengan menjaga kebersihan diri akan memberi rasa nyaman dan mencegah berkembangnya kuman patogen penyebab infeksi

13. Jelaskan kepada ibu tentang keadaannya saat ini serta perawatannya

Rasional: dengan penjelasan yang diberikan diharapkan ibu mengerti keadaannya dan mau bekerja sama dalam pemberian tindakan sehingga tidak merasa cemas

14. Bekerja secara septik dan antiseptik selama melakukan perawatan pada ibu

Rasional: untuk mencegah infeksi silang/ kontaminasi dengan benda-benda tidak steril

F. LANGKAH VI. IMPLEMENTASI

Tanggal 18 juni 2012 jam 20.30 WITA

1. Perbaiki keadaan umum ibu

Hasil: keadaan umum ibu membaik

2. Observasi TTV

Hasil:

TD : 90/60 mmHg (N : 90/60-120/80 mmHg)

N : 110 x/ menit (N: 60-100 x/menit)

S : 39,5 °C (N: 36,5-37,5°C)

P : 22 x/ menit (N : 18-24 x/menit)

3. Pantau tanda-tanda infeksi

Hasil: tampak pengeluaran beberapa jaringan bercampur darah berbau dari jalan lahir, demam tinggi dan nyeri perut bagian bawah

4. Memberikan serum anti tetanus (ATS)

Hasil: ibu telah diberika ATS 1500 Unit IM

5. Pasang infus

Hasil: Pemasangan infus RL 500 ml 28 tetesan/menit.

6. Penatalaksanaan antibiotik

Hasil:

a) Tahap pertama: Penisilin 4 x 1,2 juta unit atau Ampisilin 4 x 1 gram ditambah Gentamisin 2 x 80 mg dan Metronidazol 2 x 1 gram

b) Selanjutnya diberikan antibiotika sesuai hasil kultur

7. Observasi pengeluaran pervaginam

Hasil: \pm 50 cc

8. Pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan laboratorium

Hasil: ibu bersedia melakukan pemeriksaan laboratorium

9. Menjelaskan tentang penyebab perdarahan, nyeri pada perut bagian bawah dan menganjurkan teknik relaksasi bila timbul rasa nyeri.

Hasil: ibu mengerti dan mengikuti ajuran yang diberikan

10. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup

Hasil: ibu tirah baring

11. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi terutama intake, vitamin, baik dari sayuran ataupun buah-buahan

Hasil: ibu mengkonsumsi makanan bergizi dan minum susu

12. Anjurkan pada ibu untuk meningkatkan kebersihan diri dengan mengganti doek atau pembalut setiap kali basah

Hasil: ibu bersedia melakukannya

13. Jelaskan kepada ibu tentang keadaannya saat ini serta perawatannya

Hasil: ibu mengerti dengan keadaannya

14. Bekerja secara septik dan antiseptik selama melakukan perawatan pada ibu

Hasil: alat dalam keadaan steril

G. LANGKAH VII. EVALUASI

Tanggal 18 juni 2012 jam 22.00 WITA

1. Abortus infeksiosa belum teratasi, ditandai dengan:

- Jaringan yang tersisa dalam uterus belum dikeluarkan
- Tanda-tanda infeksi belum teratasi
- Tidak terjadi perdarahan ($>500\text{cc}$)

2. Demam belum teratasi, ditandai dengan:

| | |
|------------------|------------------------|
| TD : 90/60 mmHg | (N: 90/60-120/80 mmHg) |
| N : 110 x/ menit | (N: 60-100 x/menit) |
| S : 39,5 °C | (N: 36,5-37,5°C) |
| P : 22 x/ menit | (N: 18-24 x/menit) |

PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN PADA NY “H”
DENGAN PERDARAHAN PERVAGINAM
DI RSUD SYEKH YUSUF GOWA
TGL 18 JUNI 2012

No. Register : 286039
Tgl. MRS : 18 juni 2012 jam: 20.00 WITA
Tgl. Pengkajian : 18 juni 2012 jam: 20.10 WITA

A. Identitas Ibu/ Suami

Nama : Ny “H”/ Tn “Y”
Umur : 23 tahun/ 29 tahun
Nikah/lamanya : 1x/ 2 tahun
Suku : Makassar/ Makassar
Agama : Islam/ Islam
Pendidikan : SMA/ SLTP
Pekerjaan : Pegawai swasta/ Pegawai swasta
Alamat : Jln. Pelita Lambengi

B. Data Subjektif (S)

1. GII PI A0
2. HPHT tanggal 28-12-2011

3. Terdapat pengeluaran beberapa jaringan bercampur darah merah kehitaman dan berbau
4. Ibu merasakan nyeri perut bagian bawah, merasa mual dan muntah, dan sering merasa pusing
5. Ibu tidak pernah mendapatkan imunisasi TT
6. Ibu pernah minum obat berwarna putih, bundar dan kecil untuk abortus pada bulan maret.
7. Ibu mengalami perdarahan selama ± 2 minggu sejak minum obat dan tidak memeriksakan kehamilannya.
8. Ibu kembali mengalami perdarahan tanggal 17 juni 2012 hingga sekarang.

C. Data objektif (O)

1. HTP tanggal 5-10-2012
2. Keadaan umum baik
3. Kesadaran komposmentis
4. Tinggi: 160 cm
5. TTV

TD : 90/60 mmHg (N : 90/60-120/80 mmHg)

N : 110 x/ menit (N: 60-100 x/menit)

S : 39,5 °C (N: 36,5-37,5°C)

P : 22 x/ menit (N : 18-24 x/menit)

6. Kepala

Inspeksi: nampak bersih, tidak ada ketombe, hitam, dan lurus

Palpasi: tidak mudah rontok, tidak ada massa dan nyeri tekan

7. Wajah

Inspeksi: nampak simetris kiri dan kanan, tidak ada oedema, wajah tampak lemas dan cemas, tidak ada cloasma.

Palpasi: tidak ada massa dan nyeri tekan

8. Mata

Inspeksi: konjungtiva terlihat pucat, sclera tampak putih (tidak ikhterus)

9. Hidung

Inspeksi: nampak bersih, simetris kiri dan kanan dan tidak terdapat polip

Palpasi: tidak ada massa, tidak ada secret dan nyeri tekan

10. Telinga

Inspeksi: nampak bersih, simetris kiri dan kanan dan tidak terdapat serumen

11. Mulut dan gigi

Inspeksi: bibir tampak pucat dan tidak pecah-pecah, gusi tampak bersih, tidak terdapat caries dan sariawan

12. Leher

Palpasi: tidak ada pembesaran pada vena jugularis, kelenjar tyroid dan kelenjar limfe

13. Payudara

Inspeksi: tampak simetris kiri dan kanan, puting susu terbenam

Palpasi: tidak ada massa dan nyeri tekan, tidak terdapat pengeluaran kolostrum

14. Abdomen

Inspeksi: datar, tidak ada luka bekas operasi, tonus otot perut kendur,
tampak striae alba

Palpasi: TFU tidak teraba, lunak, massa negatif (-), nyeri tekan positif (+).

15. Vulva dan perineum

Inspeksi: tampak pengeluaran darah berbau dari jalan lahir

Pemeriksaan dalam:

- a. Pemeriksaan speculum: OUE terbuka dengan beberapa jaringan dan darah berbau keluar, tidak ditemukan erosi, laserasi, atau polip servik
- b. Pemeriksaan bimanual: Cervix lunak, OUE terbuka, ada beberapa jaringan teraba di OUE, tidak ada nyeri tekan servik, adneksa dan parametrium dalam batas normal

16. Ekstremitas

Ekstremitas atas: tidak nampak adanya oedema, simetris kiri dan kanan

Ekstremitas bawah: tidak ada varises dan oedema, reflex patella positif
kanan dan kiri

D. Assesment (A)

Diagnosis: GII PI A0, Gestasi 10-12 minggu dan abortus infeksiosa

Masalah aktual: demam, anemia dan nyeri perut bagian bawah

Masalah potensial: antisipasi terjadinya abortus septik.

E. Planning (P)

Tanggal 18 juni 2012 jam 20.30 WITA

1. Perbaiki keadaan umum ibu

Hasil: keadaan umum ibu membaik

2. Observasi TTV

Hasil:

TD : 90/60 mmHg (N : 90/60-120/80 mmHg)

N : 110 x/ menit (N: 60-100 x/menit)

S : 39,5 °C (N: 36,5-37,5°C)

P : 22 x/ menit (N : 18-24 x/menit)

3. Pantau tanda-tanda infeksi

Hasil: Jaringan yang tersisa dalam uterus belum dikeluarkan, tampak pengeluaran darah berbau dari jalan lahir, demam tinggi, nyeri perut bagian bawah

4. Memberikan serum anti tetanus (ATS)

Hasil: pasien telah diberikan ATS 1500 Unit IM

5. Pasang infus

Hasil: Pemasangan infus RL 500 ml 28 tetesan/menit

6. Penatalaksanaan antibiotik

Hasil:

a) Tahap pertama: Penisilin 4 x 1,2 juta unit atau Ampisilin 4 x 1 gram ditambah Gentamisin 2 x 80 mg dan Metronidazol 2 x 1 gram

b) Selanjutnya diberikan antibiotika sesuai hasil kultur

7. Observasi pengeluaran pervaginam

Hasil: \pm 50 cc

8. Pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan laboratorium

Hasil: ibu bersedia melakukan pemeriksaan laboratorium

9. Menjelaskan tentang penyebab perdarahan, nyeri pada perut bagian bawah dan menganjurkan teknik relaksasi bila timbul rasa nyeri

Hasil: ibu mengerti dan mengikuti ajuran yang diberikan

10. Menganjurkan ibu istirahat yang cukup

Hasil: ibu tirah baring

11. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi terutama intake, vitamin, baik dari sayuran ataupun buah-buahan

Hasil: ibu mengkonsumsi makanan bergizi dan minum susu

12. Anjurkan pada ibu untuk meningkatkan kebersihan diri dengan mengganti doek atau pembalut setiap kali basah

Hasil: ibu bersedia melakukannya

13. Jelaskan kepada ibu tentang keadaannya saat ini serta perawatannya

Hasil: ibu mengerti dengan keadaannya

14. Bekerja secara septik dan antiseptik selama melakukan perawatan pada ibu

Hasil: alat dalam keadaan steril

PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN PADA NY “H”

DENGAN POST KURETASE ABORTUS INFEKSIOSA

DI RSUD SYEKH YUSUF GOWA

TGL 19 JUNI 2012

No. Register : 286039
Tgl. MRS : 18 juni 2012 jam: 20.00 WITA
Tgl. Kuret : 19 juni 2012 jam: 23.00 WITA
Tgl. Pengkajian : 19 juni 2012 jam: 13.00 WITA

A. Identitas Ibu/ Suami

Nama : Ny “H”/ Tn “Y”
Umur : 23 tahun/ 29 tahun
Nikah/lamanya : 1x/ 2 tahun
Suku : Makassar/ Makassar
Agama : Islam/ Islam
Pendidikan : SMA/ SLTP
Pekerjaan : Pegawai swasta/ Pegawai swasta
Alamat : Jln. Pelita Lambengi

B. Data Subjektif (S)

1. GII PI A0
2. HPHT tanggal 28-12-2011

3. Terdapat pengeluaran beberapa jaringan bercampur darah merah kehitaman dan berbau
4. Ibu merasakan nyeri perut bagian bawah, merasa mual dan muntah, dan sering merasa pusing
5. Ibu tidak pernah mendapatkan imunisasi TT
6. Ibu pernah minum obat berwarna putih, bundar dan kecil untuk abortus pada bulan Maret
7. Ibu mengalami perdarahan selama ± 2 minggu sejak minum obat dan tidak memeriksakan kehamilannya
8. Ibu kembali mengalami perdarahan tanggal 17 juni 2012 hingga sekarang

C. Data objektif (O)

1. HTP tanggal 5-10-2012
2. Keadaan umum baik
3. Kesadaran komposmentis
4. Tinggi: 160 cm
5. TTV

TD : 90/60 mmHg (N : 90/60-120/80 mmHg)

N : 100 x/ menit (N: 60-100 x/menit)

S : 39,5 °C (N: 36,5-37,5°C)

P : 22 x/ menit (N : 18-24 x/menit)

6. Kepala

Inspeksi: nampak bersih, tidak ada ketombe, hitam, dan lurus

Palpasi: tidak mudah rontok, tidak ada massa dan nyeri tekan

7. Wajah

Inspeksi: nampak simetris kiri dan kanan, tidak ada oedema, wajah tampak lemas dan cemas, tidak ada cloasma

Palpasi: tidak ada massa dan nyeri tekan

8. Mata

Inspeksi: konjungtiva terlihat pucat, sclera tampak putih (tidak ikhterus)

9. Hidung

Inspeksi: nampak bersih, simetris kiri dan kanan dan tidak terdapat polip

Palpasi: tidak ada massa, tidak ada secret dan nyeri tekan

10. Telinga

Inspeksi: nampak bersih, simetris kiri dan kanan dan tidak terdapat serumen

11. Mulut dan gigi

Inspeksi: bibir tampak pucat dan tidak pecah-pecah, gusi tampak bersih, tidak terdapat caries dan sariawan

12. Leher

Palapsi: tidak ada pembesaran pada vena jugularis, kelenjar tyroid dan kelenjar limfe

13. Payudara

Inspeksi: tampak simetris kiri dan kanan, puting susu terbenam

Palpasi: tidak ada massa dan nyeri tekan, tidak terdapat pengeluaran kolostrum

14. Abdomen

Inspeksi: datar, tidak ada luka bekas operasi, tonus otot perut kendur,
tampak striae alba

Palpasi: TFU tidak teraba, lunak, massa negatif (-), nyeri tekan positif (+)

15. Vulva dan perineum

Inspeksi: tampak pengeluaran darah berbau dari jalan lahir

Pemeriksaan dalam:

- a. Pemeriksaan speculum: OUE terbuka dengan beberapa jaringan dan darah berbau keluar, tidak ditemukan erosi, laserasi, atau polip servik
- b. Pemeriksaan bimanual: Cervix lunak, OUE terbuka, ada beberapa jaringan teraba di OUE, tidak ada nyeri tekan servik, adneksa dan parametrium dalam batas normal

16. Ekstremitas

Ekstremitas atas: tidak nampak adanya oedema, simetris kiri dan kanan,
nampak terpasang infuse RL di lengan kanan

Ekstremitas bawah: tidak ada varises dan oedema, reflex patella positif
kanan dan kiri

17. Pemeriksaan laboratorium tanggal 19 Juni 2012.

| | |
|------------------------------------------------|----------------------------------------|
| White blood cell: 43.000/mm ³ diff | (N: 4.000-10.000/mm ³ diff) |
| RBC (Red Blood Cell): 3,25 10 ⁶ /μl | (N: 3,5-5 x10 ⁶ /μl) |
| HCT (Hematokrit): 23,2 % | (N: 40-50 %) |
| Platelet: 280 /μl | (N: 150-400 μl) |
| Hemoglobin: 8,4 gr% | (N: 11-12 gr%) |

ESR 28 mm/jam

(N: 0-15 mm/jam)

Urine: pregnancy test (HCG) positif

18. Pemeriksaan USG: adanya sisa jaringan

D. Assesment (A)

Diagnosis: GII PI A0, Gestasi 10-12 minggu dan abortus infeksiosa

Masalah aktual: demam, anemia ringan dan nyeri perut bagian bawah

Masalah potensial: antisipasi terjadinya abortus septik dan anemia sedang

E. Planning (P)

Tanggal 19 Juni 2012 jam 13.30 WITA

1. Observasi TTV:

Hasil:

TD : 90/60 mmHg

(N : 90/60-120/80 mmHg)

N : 100 x/ menit

(N: 60-100 x/menit)

S : 39,5 °C

(N: 36,5-37,5°C)

P : 22 x/ menit

(N : 18-24 x/menit)

2. Kolaborasi dengan petugas laboratorium untuk mengetahui keadaan umum

ibu

Hasil:

White blood cell: 43.000/mm³ diff

(N: 4.000-10.000/mm³ diff)

RBC (Red Blood Cell): 3,25 10⁶/μl

(N: 3,5-5 x10⁶/μl)

HCT (Hematokrit): 23,2 %

(N: 40-50 %)

Platelet: 280 / μ l (N: 150-400 μ l)
 Hemoglobin: 8,4 gr% (N: 11-12 gr%)
 ESR 28 mm/jam (N: 0-15 mm/jam)
 Urine: pregnancy test (HCG) positif
 Pemeriksaan USG: adanya sisa jaringan

3. Pantau tanda-tanda infeksi

Hasil: jaringan yang tersisa dalam uterus belum dikeluarkan, tampak pengeluaran darah berbau dari jalan lahir, demam tinggi, nyeri perut bawah

4. Observasi perdarahan

Hasil: \pm 30 cc

5. Menjelaskan pada ibu/keluarga tentang pentingnya dilakukan kuretase jika ibu setuju maka akan dilakukan tindakan kuretase pada tanggal 19 Juni 2012 jam 23.00 WITA

Hasil: ibu dan keluarga mengerti dan setuju, maka akan dilakukan tindakan kuretase

6. Informed consent untuk pelaksanaan tindakan kuretase

Hasil: suami setuju dan telah menandatangani persetujuan tindakan kuretase, rencana kuretase tanggal 19 Juni 2012 jam 23.00 WITA

7. Menganjurkan ibu untuk istirahat sebelum tindakan kuretase

Rasional: ibu mengerti dan melakukannya

8. Melakukan persiapan pelaksanaan tindakan kuretase yakni berupa persiapan alat, penolong dan persiapan pasien

a. Persiapan alat kuret

- 1) Handscoon 2 pasang
- 2) Kain kasa secukupnya
- 3) Duk steril 1 buah
- 4) Kateter 1 buah
- 5) Speculum anterior dan posterior
- 6) Tampontang
- 7) Tenakulum
- 8) Sonde uterus
- 9) Abortus tang
- 10) Kuret tajam dan kuret tumpul
- 11) Kapas DTT
- 12) Larutan betadin

b. Persiapan penolong

- 1) Masker
- 2) Celemek
- 3) Kacamata
- 4) Tutup kepala
- 5) Sepatu boot

c. Persiapan alat-alat lain

- 1) Tempat darah (kantong plastik)
- 2) Tempat sampah
- 3) Larutan clorin

4) Lampu sorot

5) Tabung oksigen

d. Persiapan pasien: ibu dianjurkan untuk istirahat dan berpuasa

Hasil: persiapan kuretase telah dilaksanakan

9. *Health education* tentang:

a. Mengajarkan ibu untuk istirahat dengan posisi terlentang

b. Pentingnya ketenangan psikis dan emosi

Hasil: ibu mengerti dan bersedia melaksanakannya

10. Membantu ibu mengatur posisi yang nyaman

Hasil: ibu merasa nyaman dengan posisi kaki yang sedikit ditinggikan

11. Melibatkan keluarga dan ibu dalam melakukan asuhan

Hasil: ibu dan keluarga ikut terlibat dalam proses pemberian asuhan

12. Memberi dorongan spiritual kepada ibu agar mendekatkan diri kepada tuhan dengan berdoa

Hasil: ibu mengerti dan tampak mulai berdoa

13. Mengajarkan teknik relaksasi pada ibu bila timbul rasa nyeri

Hasil: ibu melakukan teknik relaksasi dengan menarik nafas dalam melalui hidung dan menghembuskan secara perlahan-lahan lewat mulut

14. Bekerja secara septic dan antiseptik selama melakukan perawatan pada ibu

Hasil: alat dalam keadaan steril

15. Penatalaksanaan pemberian obat analgetik dan antibiotik

Hasil:

Cefadroxil 2x500 mg

Asam mefenamat 3x500 mg

Metal ergometrin maleat 3x1

Biosanbe 1x1



PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN PADA NY “H”

DENGAN KURETASE ABORTUS INFEKSIOSA

DI RSUD SYEKH YUSUF GOWA

TGL 20 JUNI 2012

No. Register : 286039
Tgl. MRS : 18 juni 2012 jam: 20.00 WITA
Tgl. Kuret : 19 juni 2012 jam: 23.00 WITA
Tgl. Pengkajian : 20 juni 2012 jam: 13.00 WITA

B. Identitas Ibu/ Suami

Nama : Ny “H”/ Tn “Y”
Umur : 23 tahun/ 29 tahun
Nikah/lamanya : 1x/ 2 tahun
Suku : Makassar/ Makassar
Agama : Islam/ Islam
Pendidikan : SMA/ SLTP
Pekerjaan : Pegawai swasta/ Pegawai swasta
Alamat : Jln. Pelita Lambengi

C. Data Subjektif (S)

1. PI AI
2. HPHT tanggal 28-12-2011

3. Terdapat pengeluaran darah di vagina
4. Ibu telah melakukan kuretase pada tanggal 19 juni 2012 jam 23.00 WITA
5. Ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah sebelum dan setelah kuretase
6. Ibu mengeluh pergerakannya terhambat karena nyeri
7. Ibu belum BAB

D. Data objektif (O)

1. HTP tanggal 5-10-2012
2. Keadaan umum baik
3. Kesadaran komposmentis

4. Tinggi: 160 cm

5. TTV

TD : 100/70 mmHg (N : 90/60-120/80 mmHg)

N : 90 x/ menit (N: 60-100 x/menit)

S : 37,1 °C (N: 36,5-37,5°C)

P : 20 x/ menit (N : 18-24 x/menit)

6. Kepala

Inspeksi: nampak bersih, tidak ada ketombe, hitam, dan lurus

Palpasi: tidak mudah rontok, tidak ada massa dan nyeri tekan

7. Wajah

Inspeksi: nampak simetris kiri dan kanan, tidak ada oedema, wajah tampak

lemas dan cemas, tidak ada cloasma

Palpasi: tidak ada massa dan nyeri tekan

8. Mata

Inspeksi: konjungtiva terlihat pucat, sclera tampak putih (tidak ikhterus)

9. Hidung

Inspeksi: nampak bersih, simetris kiri dan kanan dan tidak terdapat polip

Palpasi: tidak ada massa, tidak ada secret dan nyeri tekan

10. Telinga

Inspeksi: nampak bersih, simetris kiri dan kanan dan tidak terdapat serumen

11. Mulut dan gigi

Inspeksi: bibir tampak pucat dan tidak pecah-pecah, gusi tampak bersih, tidak terdapat caries dan sariawan

12. Leher

Palpasi: tidak ada pembesaran pada vena jugularis, kelenjar tyroid dan kelenjar limfe

13. Payudara

Inspeksi: tampak simetris kiri dan kanan, puting susu terbenam

Palpasi: tidak ada massa dan nyeri tekan, tidak terdapat pengeluaran kolostrum

14. Abdomen

Inspeksi: datar, tidak ada luka bekas operasi, tonus otot perut kendur, tampak striae alba

Palpasi: TFU tidak teraba, lunak, massa negatif (-), nyeri tekan positif (+).

15. Vulva dan perineum

Inspeksi: nampak pengeluaran darah dari vagina, tidak ada kelainan pada vulva, tidak berbau, adanya erosi, pembengkakan, warna vagina kemerahan

16. Ekstremitas

Ekstremitas atas: tidak nampak adanya oedema, simetris kiri dan kanan, nampak terpasang infuse RL di lengan kanan

Ekstremitas bawah: tidak ada varises dan oedema, reflex patella positif kanan dan kiri

17. Pemeriksaan laboratorium

White blood cell: 20.000/mm³ diff (N: 4.000-10.000/mm³ diff)

Hemoglobin: 9,4 gr% (N: 11-12 gr%)

E. Assesment (A)

Diagnosis: PI AI, Gestasi 10-12 minggu, post kuretase hari I dan abortus infeksiosa

Masalah aktual: anemia ringan dan nyeri perut bagian bawah

Masalah potensial: antisipasi terjadinya abortus septik dan anemia sedang

F. Planning (P)

Tanggal 20 Juni 2012 jam 13.30 WITA

1. Beri penjelasan pada ibu tentang keadaannya saat ini

Hasil: ibu mengerti dengan keadaannya

2. Melakukan pemeriksaan WBC dan HB

Hasil:

White blood cell: 20.000/mm³ diff (N: 4.000-10.000/mm³ diff)

Hemoglobin: 9,4 gr% (N: 11-12 gr%)

3. Observasi TTV

Hasil:

TD : 100/70 mmHg (N: 90/60-120/80 mmHg)

N : 90 x/ menit (N: 60-100 x/menit)

S : 37,1 °C (N: 36,5- 37,5 °C)

P : 20 x/ menit (N: 18- 24 x/ menit)

4. Observasi perdarahan

Hasil: ±20 cc

5. Pantau tanda-tanda infeksi

Hasil: jaringan yang tersisa dalam uterus telah dikeluarkan, tampak pengeluaran darah dan tidak berbau dari jalan lahir, demam menurun, nyeri perut bagian bawah

6. Anjurkan ibu istirahat yang cukup

Hasil: ibu tirah baring

7. Memberi penjelasan tentang personal hygiene

Hasil: ibu mengerti dan bersedia melakukannya

8. *Health education* tentang:

- a. Menganjurkan ibu untuk istirahat dengan posisi terlentang
- b. Pentingnya ketenangan psikis dan emosi

Hasil: ibu mengerti dan bersedia melaksanakannya

9. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi terutama intake, vitamin, baik dari sayuran ataupun buah-buahan

Hasil: ibu mengkonsumsi makanan bergizi dan minum susu

10. Anjurkan teknik relaksasi

Hasil: ibu mengerti dan melakukan teknik relaksasi

11. Anjurkan ibu untuk meningkatkan kebersihan diri dengan mengganti doek atau pembalut setiap kali basah

Hasil: ibu bersedia melakukannya

12. Bekerja secara septik dan antiseptik selama melakukan perawatan pada ibu

Hasil: alat dalam keadaan steril

PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN PADA NY “H”

DENGAN POST KURETASE ABORTUS INFEKSIOSA

DI RSUD SYEKH YUSUF GOWA

TGL 21 JUNI 2012

No. Register : 286039
Tgl. MRS : 18 juni 2012 jam: 20.00 WITA
Tgl. Kuret : 19 juni 2012 jam: 23.00 WITA
Tgl. Pengkajian : 21 juni 2012 jam: 13.00 WITA

A. Identitas Ibu/ Suami

Nama : Ny “H”/ Tn “Y”
Umur : 23 tahun/ 29 tahun
Nikah/lamanya : 1x/ 2 tahun
Suku : Makassar/ Makassar
Agama : Islam/ Islam
Pendidikan : SMA/ SLTP
Pekerjaan : Pegawai swasta/ Pegawai swasta
Alamat : Jln. Pelita Lambengi

B. Data Subjektif (S)

1. PI AI
2. HPHT tanggal 28-12-2011

3. Ibu telah melakukan kuretase pada tanggal 19 juni 2012 jam 23.00 WITA
4. Ibu mengeluh nyeri perut bagian bawah sebelum dan setelah kuretase
5. Ibu mengeluh pergerakannya terhambat karena nyeri
6. Ibu telah BAB

C. Data objektif (O)

1. HTP tanggal 5-10-2012
2. Keadaan umum baik
3. Kesadaran komposmentis
4. Tinggi: 160 cm
5. TTV:

| | |
|------------------|-------------------------|
| TD : 110/70 mmHg | (N : 90/60-120/80 mmHg) |
| N : 80 x/ menit | (N: 60-100 x/menit) |
| S : 36,5 °C | (N: 36,5-37,5°C) |
| P : 20 x/ menit | (N : 18-24 x/menit) |
6. Kepala

Inspeksi: nampak bersih, tidak ada ketombe, hitam, dan lurus

Palpasi: tidak mudah rontok, tidak ada massa dan nyeri tekan
7. Wajah

Inspeksi: nampak simetris kiri dan kanan, tidak ada oedema, tidak ada cloasma

Palpasi: tidak ada massa dan nyeri tekan

8. Mata

Inspeksi: konjungtiva terlihat pucat, sclera tampak putih (tidak ikhterus)

9. Hidung

Inspeksi: nampak bersih, simetris kiri dan kanan dan tidak terdapat polip

Palpasi: tidak ada massa, tidak ada secret dan nyeri tekan

10. Telinga

Inspeksi: nampak bersih, simetris kiri dan kanan dan tidak terdapat serumen

11. Mulut dan gigi

Inspeksi: bibir tampak merah muda dan tidak pecah-pecah, gusi tampak bersih, tidak terdapat caries dan sariawan

12. Leher

Palpasi: tidak ada pembesaran pada vena jugularis, kelenjar tyroid dan kelenjar limfe

13. Payudara

Inspeksi: tampak simetris kiri dan kanan, puting susu terbenam

Palpasi: tidak ada massa dan nyeri tekan, tidak terdapat pengeluaran kolostrum

14. Abdomen

Inspeksi: datar, tidak ada luka bekas operasi, tonus otot perut kendur, tampak striae alba

Palpasi: TFU tidak teraba, lunak, massa negatif (-), nyeri tekan positif (+)

15. Vulva dan perineum

Inspeksi: nampak pengeluaran darah dari vagina, tidak ada kelainan pada vulva, tidak berbau, warna vagina kemerahan

16. Ekstremitas

Ekstremitas atas: tidak nampak adanya oedema, simetris kiri dan kanan, nampak terpasang infuse RL di lengan kanan

Ekstremitas bawah: tidak ada varises dan oedema, reflex patella positif kanan dan kiri

17. Pemeriksaan laboratorium

White blood cell: 11.000/mm³ diff (N: 4.000-10.000/mm³ diff)

Hemoglobin: 10 gr% (N: 11-12 gr%)

D. Assesment (A)

Diagnosis: PI AI, Gestasi 10-12 minggu, post kuretase hari II dan abortus infeksiosa

Masalah aktual: anemia ringan dan nyeri perut bagian bawa.

Masalah potensial: antisipasi terjadinya abortus septik dan anemia berat

E. Planning (P)

Tanggal 21 Juni 2012 jam 13.30 WITA

1. Melakukan pemeriksaan WBC dan Hb

Hasil:

White blood cell: 11.000/mm³ diff (N: 4.000-10.000/mm³ diff)

Hemoglobin: 10 gr%

(N: 11-12 gr%)

2. Observasi TTV

Hasil:

TD : 110/70 mmHg

(N: 90/60-120/80 mmHg)

N : 80 x/ menit

(N: 60-100 x/menit)

S : 36,5 °C

(N: 36,5- 37,5°C)

P : 20 x/ menit

(N: 18- 24 x/menit)

3. Observasi perdarahan

Hasil: \pm 10 cc

4. Pantau tanda-tanda infeksi

Hasil: nampak pengeluaran darah dari jalan lahir dan nyeri perut bagian bawah berkurang

5. Anjurkan ibu istirahat yang cukup

Hasil: ibu tirah baring

6. Anjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan bergizi terutama intake, vitamin, baik dari sayuran ataupun buah-buahan

Hasil: ibu mengkonsumsi makanan bergizi dan minum susu

7. Anjurkan ibu untuk meningkatkan kebersihan diri dengan mengganti doek

atau pembalut setiap kali basah

Hasil: ibu bersedia melakukannya

PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN PADA NY “H”

DENGAN POST KURETASE ABORTUS INFEKSIOSA

DI RSUD SYEKH YUSUF GOWA

TGL 22 JUNI 2012

No. Register : 286039
Tgl. MRS : 18 juni 2012 jam: 20.00 WITA
Tgl. Kuret : 19 juni 2012 jam: 23.00 WITA
Tgl. Pengkajian : 22 juni 2012 jam: 13.00 WITA

A. Identitas Ibu/ Suami

Nama : Ny “H”/ Tn “Y”
Umur : 23 tahun/ 29 tahun
Nikah/lamanya : 1x/ 2 tahun
Suku : Makassar/ Makassar
Agama : Islam/ islam
Pendidikan : SMA/ SLTP
Pekerjaan : Pegawai swasta/ Pegawai swasta
Alamat : Jln. Pelita Lambengi

B. Data Subjektif (S)

1. PI AI
2. HPHT tanggal 28-12-2011

3. Ibu telah melakukan kuretase pada tanggal 19 juni 2012 jam 23.00 WITA

4. Ibu telah BAB

C. Data objektif (O)

1. HTP tanggal 5-10-2012

2. Keadaan umum baik

3. Kesadaran komposmentis

4. Tinggi: 160 cm

5. TTV

TD : 110/70 mmHg (N : 90/60-120/80 mmHg)

N : 80 x/ menit (N: 60-100 x/menit)

S : 36,5 °C (N: 36,5-37,5°C)

P : 20 x/ menit (N : 18-24 x/menit)

6. Kepala

Inspeksi: nampak bersih, tidak ada ketombe, hitam, dan lurus

Palpasi: tidak mudah rontok, tidak ada massa dan nyeri tekan

7. Wajah

Inspeksi: nampak simetris kiri dan kanan, tidak ada oedema, tidak ada

cloasma

Palpasi: tidak ada massa dan nyeri tekan

8. Mata

Inspeksi: konjungtiva merah muda, sclera tampak putih (tidak ikhterus)

9. Hidung

Inspeksi: nampak bersih, simetris kiri dan kanan dan tidak terdapat polip

Palpasi: tidak ada massa, tidak ada secret dan nyeri tekan

10. Telinga

Inspeksi: nampak bersih, simetris kiri dan kanan dan tidak terdapat serumen

11. Mulut dan gigi

Inspeksi: bibir lembab dan tidak pecah-pecah, gusi tampak bersih, tidak terdapat caries dan sariawan

12. Leher

Palpasi: tidak ada pembesaran pada vena jugularis, kelenjar tyroid dan kelenjar limfe

13. Payudara

Inspeksi: tampak simetris kiri dan kanan, puting susu terbenam

Palpasi: tidak ada massa dan nyeri tekan, tidak terdapat pengeluaran kolostrum

14. Abdomen

Inspeksi: datar, tidak ada luka bekas operasi, tonus otot perut kendur, tampak striae alba

Palpasi: TFU tidak teraba, lunak, massa negatif (-), nyeri tekan negatif (-)

15. Vulva dan perineum

Inspeksi: tidak ada pengeluaran darah dari vagina, tidak ada kelainan pada vulva, tidak berbau, warna vagina kemerahan

16. Ekstremitas

Ekstremitas atas: tidak nampak adanya oedema, simetris kiri dan kanan

Ekstremitas bawah: tidak ada varises dan oedema, reflex patella positif
kanan dan kiri

17. Pemeriksaan laboratorium

White blood cell: 8.000/mm³ diff (N: 4.000-10.000/mm³ diff)

Hemoglobin: 11,2 gr% (N: 11-12 gr%)

D. Assesment (A)

Diagnosis: PI AI, Gestasi 10-12 minggu, post kuretase hari III dan abortus
infeksiosa.

Masalah potensial: antisipasi terjadinya abortus septik

E. Planning (P)

Tanggal 22 Juni 2012 jam 13.30 WITA

1. Observasi TTV

Hasil:

TD : 110/70 mmHg (N: 90/60-120/80 mmHg)

N : 80 x/ menit (N: 60-100 x/menit)

S : 36,5 °C (N: 36,5-37,5°C)

P : 20 x/ menit (N: 18-24 x/menit)

2. Melakukan pemeriksaan WBC dan Hb

Hasil:

White blood cell: 8.000/mm³ diff (N: 4.000-10.000/mm³ diff)

Hemoglobin: 11,2 gr% (N: 11-12 gr%)

ESR: 13 mm/jam (N: 0-15 mm/jam)

3. Pantau tanda-tanda infeksi

Hasil: tidak ada pengeluaran darah dari jalan lahir dan nyeri perut bawah teratasi

4. Bekerja secara septik dan antiseptik selama melakukan perawatan pada ibu

Hasil: alat dalam keadaan steril

5. Konseling KB

Hasil: ibu bersedia menjadi akseptor KB

BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan dibahas mengenai kesenjangan antara teori hasil studi pada pelaksanaan penerapan manajemen asuhan kebidanan pada Ny “H” dengan post kuretase abortus infeksiosa di RSUD Syekh Yusuf Gowa yang dimulai tanggal 18 s/d 22 juni 2012.

Pada pembahasan ini dibuat berdasarkan landasan teoritis dan studi kasus. Untuk memecahkan masalah-masalah yang dihadapi agar tindakan direncanakan berdasarkan rasional yang relevan yang dapat dianalisa secara teoritis yang dibagi dalam tujuh tahap yaitu:

Langkah-langkah Penatalaksanaan Menurut Varney yaitu:

A. Langkah I. Identifikasi dan Analisa Data Dasar

Melakukan pengumpulan informasi yang berkaitan secara akurat dengan kondisi ibu. Untuk memperoleh data tersebut dapat dilakukan dengan cara anamnesa yang meliputi biodata bertujuan memperjelas identitas ibu, riwayat kesehatan, riwayat sosial ekonomi, riwayat kontrasepsi, riwayat menstruasi, dan riwayat kehamilan sekarang untuk mendapatkan informasi tentang keluhan-keluhan yang biasa dialami oleh ibu dan kekhawatiran khusus yang muncul akibat adanya perubahan fisiologis maupun psikologi, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital juga pemeriksaan khusus yang meliputi pemeriksaan inspeksi untuk mengamati penampilan ibu, emosi serta sikap. Palpasi yaitu pemeriksaan dengan meraba.

Auskultasi bertujuan untuk mengetahui usia kehamilan, keadaan janin dalam kandungan dan mendorong menentukan posisi anak. Perkusi yaitu pemeriksaan dengan cara mengetuk (patella) dengan tujuan mengetahui reflex patella positif atau negatif dan pemeriksaan penunjang yaitu pemeriksaan laboratorium.

Dalam tinjauan pustaka ditemukan gejala/ keluhan abortus infeksiosa, berupa adanya riwayat abortus yang tidak aman, panas (demam), takikardia, perdarahan pervaginam yang berbau (lochia berbau busuk), nyeri perut bagian bawah, dan leukositosis.

Pada studi kasus Ny “H” maka data yang dikumpulkan dari hasil pengkajian adalah anamnesa PI AI, HPHT tanggal 28 Desember 2011 dengan usia kehamilan 10-12 minggu, perdarahan karena meminum obat berwarna putih, bundar dan berukuran kecil pada bulan Mei. Pemeriksaan TFU tidak teraba.

Berdasarkan uraian diatas ada persamaan gejala dan keluhan antara teori dan studi kasus Ny “H”.

B. Langkah II. Identifikasi Diagnosis/ Masalah Aktual

Melakukan interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosis atau masalah. Berdasarkan interpretasi data yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan dalam tinjauan pustaka diagnosis abortus infeksiosa dapat ditegakkan apabila ditemukan adanya riwayat abortus yang tidak aman, panas (demam), takikardia, perdarahan pervaginam yang berbau (lochia berbau busuk), nyeri perut bagian bawah, dan leukositosis.

Pada studi kasus Ny “H”, dengan diagnosis abortus infeksiosa, usia kehamilan 10-12 minggu, dengan masalah aktual demam, anemia ringan dan nyeri perut bagian bawah. Dengan demikian ada kesamaan antara tinjauan pustaka dengan studi kasus Ny “H”.

C. Langkah III. Identifikasi Diagnosis/ Masalah Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis yang telah diidentifikasi. Berdasarkan data yang diperoleh dari pengkajian, tidak ada perbedaan masalah potensial antara teori dengan diagnosis yang ditemukan pada kasus. Adapun masalah potensial tersebut adalah abortus septik dan anemia sedang.

D. Langkah IV. Rencana Tindakan Segera/ Kolaborasi

Berdasarkan data yang telah diidentifikasi maka petugas kesehatan (bidan) menetapkan kebutuhan serta tindakan yang harus dilakukan. Bidan memberikan bimbingan atau konseling mengenai hal yang berkaitan dengan perubahan selama masa kehamilan. Pada tahap ini, kerjasama ibu dan bidan, pendekatan dan perhatian sangat diperlukan agar semua dapat berjalan dengan lancar dan pada fase ini, bidan perlu melakukan konsultasi.

Tindakan segera yang diberikan dalam kasus ini tidak ada kesenjangan sesuai yang ditemukan dalam teori. Adapun tindakan yang diberikan sesuai dengan keadaan ibu yaitu pemasangan infus RL 500 ml 28 tetesan/menit dan pemberian antibiotik penisilin 4 x 1,2 juta unit atau ampisilin 4x 1 gram ditambah gentamisin 2 x 80 mg dan metrodinazol 2 x 1 gram. Konsultasi dengan dokter untuk pemberian obat dan penanganan selanjutnya.

E. Langkah V. Rencana Asuhan

Melakukan penyusunan secara menyeluruh rencana (intervensi) asuhan berdasarkan langkah-langkah sebelumnya. Pada langkah ini, informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Adapun rencana asuhan (intervensi) yang dibuat peneliti antar lain: memperbaiki keadaan umum ibu, memberikan penjelasan tentang keadaan ibu saat ini, observasi TTV, pantau tanda-tanda infeksi, pemberian serum anti tetanus (ATS), pemasangan infus, penatalaksanaan antibiotik, observasi pengeluaran pervaginam, pemeriksaan laboratorium, pelaksanaan tindakan kuretase, menganjurkan ibu untuk istirahat yang cukup, menganjurkan ibu mengkonsumsi makanan bergizi terutama intake vitamin, baik sayuran ataupun buah-buahan, memberikan penjelasan tentang personal hygiene, menjelaskan tentang penyebab perdarahan, nyeri perut dan menganjurkan teknik relaksasi bila timbul rasa nyeri dan bekerja secara septik dan antiseptik selama melakukan perawatan.

Dalam membuat rencana tindakannya ditentukan dengan tujuan kriteria yang akan dicapai dalam menerapkan asuhan kebidanan Ny “H” dengan post kuretase abortus infeksiosa. Dan pada kasus ini ditemukan kesesuaian antara teori dan rencana asuhan yang diberikan pada Ny “H”.

F. Langkah VI. Implementasi

Penatalaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman. Pada langkah ini, rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan dilaksanakan secara efisien dan menjamin rasa aman ibu. Penelitian melakukan kegiatan sesuai dengan rencana yang sudah dibuat.

Pada kasus Ny “H” dengan abortus infeksiosa, semua tindakan yang direncanakan telah dilakukan seluruhnya dengan baik, tanpa hambatan karena adanya kerja sama dan penerimaan yang baik dari ibu serta dukungan dari keluarga dan petugas kesehatan yang ada di RSUD Syekh Yusuf Gowa.

G. Langkah VII. Evaluasi

Mengevaluasi tahap asuhan yang telah diberikan, apa benar-benar sudah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnosis dan masalah. Langkah ini bertujuan mengevaluasi dan mengetahui sejauh mana manajemen kebidanan yang sudah dilakukan oleh peneliti pada pasien.

Hasil evaluasi setelah asuhan kebidanan yang dilaksanakan selama 5 hari yaitu pada tanggal 18 s/d 22 juli 2012 yaitu pada hari pertama semua masalah belum teratasi, pada saat evaluasi hari ke lima keadaan ibu membaik.

Dengan demikian pada tinjauan pustaka dan study kasus Ny “H” dilahan praktek secara garis besar adanya persamaan karena itu masalah dapat teratasi dengan baik.

BAB V

PENUTUP

Setelah mempelajari teori dan pengalaman langsung di lahan praktek melalui studi kasus tentang manajemen asuhan kebidanan pada Ny “H” dengan post kuretase abortus infeksiosa maka dapat ditarik kesimpulan dan saran-saran sebagai berikut:

A. Kesimpulan

1. Abortus infeksiosa ialah abortus yang disertai infeksi. Kejadian ini merupakan salah satu komplikasi tindakan abortus yang paling sering terjadi apalagi bila dilakukan kurang memperhatikan aseptis dan antisepisi
2. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan tindakan ilmiah, temuan, keterampilan dan rangkaian/ tahapan yang logis untuk mengambil suatu keputusan yang terfokus pada klien.
3. Dari pengkajian yang dilakukan didapatkan gejala/ keluhan abortus infeksiosa yaitu adanya riwayat abortus yang tidak aman, panas (demam), perdarahan pervaginam yang berbau (lochia berbau busuk), nyeri perut bagian bawah, dan leukositosis
4. Penganganan asuhan kebidanan yang diberikan pada pasien dengan kasus abortus infeksiosa yaitu dengan pendekatan proses manajemen asuhan kebidanan yang dibagi dalam tujuh tahap.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka disarankan hal-hal sebagai berikut:

1. Sebagai petugas kesehatan khususnya bidan, diharapkan senantiasa berupaya untuk meningkatkan keterampilan dan kemampuan dalam melaksanakan pelayanan kesehatan yang lebih profesional.
2. Untuk mendapatkan hasil manajemen asuhan kebidanan yang baik perlu menyediakan tenaga bidan yang professional untuk menunjang pelaksanaan tugas.
3. Health education perlu ditingkatkan kepada klien maupun keluarganya agar dapat mengerti dan mau bekerjasama untuk mengatasi masalah, serta partisipasi aktif keluarga tersebut sangat diperlukan dalam menunjang proses penanganan masalah abortus infeksius.
4. Upaya untuk meningkatkan penyuluhan kepada masyarakat khususnya kelompok wanita yang dikategorikan sebagai usia subur berupa pemahaman tentang abortus dan resiko yang ditimbulkan dalam hubungannya dengan umur ibu, paritas, jarak kehamilan dan pendidikan, serta penyuluhan kepada masyarakat tentang resiko hamil pada usia dini dan usia lanjut dan bahaya hubungan sex pranikah.

DAFTAR PUSTAKA

- Abidin, Zainal. 2009. *Fiqih Sunnah for Ukhti*. Jakarta: Zikrul Hakim. Hal 55-56
- Akademi kebidanan Makassar. 2008. *Obstetric*. Makassar: [t.p.].
- Baklinski, Peter. 2012. *Ethicists Justify Infanticide in Major Medical Journal*. www.cbc.ca/news/health/. Diakses tanggal 6 April 2012.
- College, Royal. 2012. *Illegal Abortion is the Wrong Sex For Baby*. <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/behindtheheadlines/>. Diakses tanggal 6 April 2012
- Departemen Agama RI. 2006. *Al-Qur'an Tajwid dan Terjemahannya*. Bandung: PT. Sigma Examedia Arkanleema.
- Gulardi H, Norovono W. 1999. *Cakul Obgyn Plus*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hani, Umami, dkk. 2010. *Asuhan Kebidanan pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta: Selemba Medika.
- Hanifa W, dkk. 1999. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 2. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Hal 302-12.
- Husnah. 2010. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Abortus di RSUD Lamadukkelleng Sengkang Kabupaten Wajo Periode Januari-Juni 2010*. <http://isjd.pdii.lipi.go.id>. Diakses tanggal 12 Maret 2012.
- Mahyudin, Oden. 2011. *Abortus Infeksiosa*. <http://asromedika.blogspot.com>. Diakses tanggal 12 Maret 2012.
- Manuaba. 2007. *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC
- Nikada. 2011. *Laporan Kasus Abortus Inkomplit*. <http://tyovillage.blogspot.com>. Diakses tanggal 13 Maret 2012.
- Pratiwi, Putu Diah dan Eka M. 2011. *Abortus Infeksiosa*. <http://www.scribd.com>. Diakses tanggal 12 Maret 2012.
- Prawirohardjo, Sarwono. 2008. *Ilmu Kandungan*. Jakarta: PT. BP-SP. Hal 246.
- _____. 2008. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 2. Jakarta: PT Bina Pustaka. Hal 460-473.
- _____. 2010. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 4. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Hal 473

- Purwaningsih, Wahyu, dan Siti Fatimah. 2010. *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Muha Medika.
- Ridwan, Rizal. 2003. *Perdarahan pada Hamil Muda*. Makassar: Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin. Hal 11-15.
- Rosaria, Arti. 2011. *Aborus dalam Pandangan Islam*. <http://pustaka.unpad.ac.id>. Diakses tanggal 23 April 2012
- Sujiyati. 2009. *Abortus. Asuhan Patologi Kebidanan. Edisi 1*. Jogjakarta: Nuha Medika. Hal 22-34
- Sulaiman, dkk. 2005. *Obstetri Patologi*. Jakarta: EGC. Hal 1-9.
- Suwiyoga, Ketut dan Made Agus Supriatmaja. 2006. *Lama Perawatan dan Komplikasi Kuretasi Segera dan Tunda pada Abortus Infeksiosus 'Cermin Dunia Kedokteran'*. Nomor:151. Jakarta. Hal 11-17. <http://www.kalbefarma.com/cdk>. Diakses tanggal 12 Maret 2012.
- Teguh Supriyadi, Muhammad. 2010. *Peniupan Ruh dan Penetapan Taqdir bagi Embrio Manusia*. <http://teguh2010akhir.blogspot.com>. Diakses tanggal 8 Mei 2012.
- Tyara. 2011. *Abortus*. <http://mulkasem.blogspot.com>. Diakses tanggal 12 Maret 2012.
- Wafa, Ainul. 2009. *Aborsi dalam Perspektif Syariah dan Medis*. www.piss-ktb.com. Diakses tanggal 6 April 2012.
- Wibowo, Budiono. 2002. *Ilmu Kebidanan*. Editor: Hanifa Wiknjosastro, dkk. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Wijaya, Dekki. 2009. *Nyeri Perut Bawah Pasca Kuret*. <http://dekkiwijaya.blogspot.com>. Diakses tanggal 4 Agustus 2012.
- Wiknjosastro, Hanifah. 2005. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: YBP-SP.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Insyirah Kausari (70400009014) lahir di Sungguminasa Sulawesi Selatan pada tanggal 24 Januari 1991. Terlahir dari pasangan suami-istri Andi Amran Iskandar Zain dan Saniah S.Pd Berasal dari suku Bugis dan memiliki tiga saudara perempuan Fadhillah Sari S.SI, Titien Mardhatillah dan Nurul

Istiqomah dan seorang saudara laki-laki Zulfadhli.

Riwayat Pendidikan

1. Tahun 1996-1997 : Taman Kanak-kanak (TK) Kartika VII-15. Makassar Sulawesi Selatan.
2. Tahun 1997-2003 : Sekolah Dasar Negeri (SDN) Sambung Jawa 1. Makassar Sulawesi Selatan.
3. Tahun 2003-2006 : Madrasah Tsanawiyah Negeri (MTSN) Model Makassar Sulawesi Selatan.
4. Tahun 2006-2009 : Madrasah Aliyah Negeri (MAN) 2 Model Makassar Sulawesi Selatan
5. Tahun 2009-2012 : Prodi Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar Sulawesi Selatan



LEMBAR KEGIATAN KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Insyirah Kausari

NIM : 70400009014

Judul KTI : Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ny "H" Dengan Post Kuretase Abortus Infeksiosa Di RSUD Syekh Yusuf Gowa 18-22 Juni 2012

Pembimbing : dr. Nadyah, M.Kes

| No | Hari/ Tgl | Materi Konsultasi | Saran/ Perbaikan | Paraf |
|----|----------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------|-------|
| 1. | Jumat 20/01/2012 | Konsul Judul | ACC judul, lanjutan konsul BAB I, II dan III | |
| 2. | Senin 5/03/2012 | Konsul Proposal | Perbaikan ketikan dan ACC proposal | |
| 3. | Jumat 13/04/2012 | Ujian Proposal | Perbaikan proposal | |
| 4. | Rabu 25/04/2012 | Perbaikan Proposal | ACC perbaikan proposal | |
| 5. | Senin 18/06/2012 | Penelitian | Perbaikan ketikan, konsul BAB IV dan BAB V | |
| 6 | Rabu 25/07/2012 | Konsul perbaikan BAB IV dan BAB V | ACC BAB IV dan BAB V lanjut perbaikan powerPoint | |
| 7. | Senin 27/08/2012 | Ujian KTI | Perbaikan ketikan KTI | |
| 8. | Selasa 11/09/2012 | Perbaikan KTI | ACC KTI | |

Pembimbing

dr. Nadyah, M.Kes

Nip : 19790417 200801 2 018